Tom IV. Luty 1902. № 2.

Czasopismo Lekarskie

Mały szpital ludowy.

Podał Dr. **Józef Idzikowski.**

(Dokończenie).

VI.

Divinum est sedare dolorem. Hippokrates.

Wbrew rozpowszechnionej opinii—masy ludowe bynajmniej nie są obojętne na odurzanie i znieczulanie. Przynajmniej praktyka szpitala w W. wykazała, że stosowanie na szerszą skalę zabiegów i środków znieczulających wybitnie wpływa na osłabienie wśród ludu obawy przed operacyami, a wreszcie ma ten wynik, że chorzy wcześnie zwracają się po pomoc operacyjną, a, gdy trzeba, bez szemrania poddają się woli chirurga. Można nawet zauważyć, że wśród miejscowych włościan chloroform („krople nasenne") cieszy się większą popularnością, niż w sferach inteligentnych. Pociąga to nieraz sa sobą znaczne niedogodności. Ostatnie polegają przedewszystkiem na tem, że chory żąda odurzenia jako warunku sine qua non nawet przy niewielkich operacyach, np. wycięcia niewielkiego raka wargi dolnej. Powtóre, wytworzenie wśród ludności pociągu do chloroformu niesłychanie utrudnia przejście do metod znieczulania miejscowego, które powszechnie co raz są częściej stosowane zamiast odurzenia ogólnego—za przykładem klinik*) i szpitali większych. Na te zabiegi miejscowe wieśniak patrzy z niedowierzaniem. Okoliczność ta zmusiła mnie jeszcze w 1898 r. w wyjątkowych wypadkach uciekać się do zabiegów mięszanych, t. j. do znieczulenia miejscowego chlorkiem etylu lub według sposobu Schleich'a łącznie z narkozą chloroformową: ustępując usilnym żądaniom chorego, doprowadzałem go do stanu półświadomego („do progu podniecenia"), po czem następowało znieczulenie miejscowe. W tych warunkach można było ograniczyć się do 10 ctm.^{3} na godzinę. Ten sposób, w istocie swej nieróżniący się od podobnego, jaki niedawno opisał Oskar Bloch**), przedstawiw-

*) Dość wskazać na klinikę Mikulicza, gdzie, jak zapewniał Gottstein na 27 kongresie chirurg. w Berlinie 1898 r., po wprowadzeniu znieczulania za pomocą przepajania tkanek liczba chloroformowanych z 815 spadła do 324, a w poliklinice z 280 do 153.

**) O. Bloch w większości przypadków (267 : 393) dawał chloroformu nie więcej jak 6 ctm.^{3}, używając do znieczulenia miejscowego chlorek etylu (Revue de chirurgie 1900 № 1).

szy go w formie skończonej, naukowo uzasadnionej, powinien by znaleźć grunt trwały w praktyce ludowej.

Kokaina była w użyciu głównie przy usznych i ocznych operacyach, w rozczynie nie mocniejszym jak 2%. Taki wystarczał całkowicie nawet przy operacyach zaćmy, powodując zawsze długotrwające znieczulenie. Kokainizacya pod postacią wstrzykiwań podskórnych, sposobem R e c l u s e t I s c h W a l l'a[18]), wykonana była wogóle 9 razy — przy operacyach na powiekach i muszli usznej; w kroplach kokaina była częściej w użyciu — 97 razy (przy operacyach na gałce ocznej, spojówce, drogach łzowych, w przewodzie usznym). Z rozczynów S c h l e i c h'a był stosowany prawie wyłącznie № II (Cocaini mur. 0,10 — Morphii mur. 0,025 — Natr. chlor. 0,20 — Aq. destil. 100,0 M. D. S.). Od r. 1898 — wobec tego, że kwaśna sól chlorku kokainy, przy sterylizowaniu jej rozczynu wodnego przez gotowanie, rozkłada się na benzoilekgoninę i alkohol metylowy (H o f m e i s t e r), — do każdej operacyi brano świeży rozczyn, przygotowany w następujący sposób: 100,0 wody destylowanej gotowano dotąd, póki ilość ta nie zmniejszyła się do połowy, następnie do gorącej jeszcze wody wsypywano proszek, przygotowany, ma się rozumieć, już tylko z mniejszych o połowę ilości alkaloidów i soli — podług następującej recepty: Rp. Cocaini mur. 0,05 — Morph. mur. 0,012 — Natr. chlor. 0,10. Prócz sterylizacyi wody do rozczynu przedsiębrane były inne jeszcze ostrożności, jak sterylizacya naczyń, czystość rąk, czystość przy odważaniu proszków i t. p., ponieważ, jak tego dowiódł W. H e r m a n (z kliniki profesora Rydygiera we Lwowie)[20]) ilość kokainy i soli kuchennej w rozczynach S c h l e i c h'a jest zbyt nieznaczną, by zabić mikroby, które tutaj dostały się wypadkowo. Najczęściej, w celu uniknięcia zakażenia, robiono tylko jedno ukłócie, przez które, przesuwając igłę w rozmaitych kierunkach — wszerz i w głąb — starano się otrzymać nacieczenie całego pola operacyjnego (M i k u l i c z). Odpowiednio do rodzaju przypadku (wyłuszczanie gruczołów, guzów, usuwanie ciał obcych, otwieranie stawów, herniotomia i t. p.) ilość rozczynu S c h l e i c h'a była rozmaitą — od 10,0 do 36,0 grm., przyczem otrzymywano znieczulenie trwające najwyżej 32 minuty. Ogólnie biorąc, ten sposób stosowany był ambulatoryjnie 37 razy, w szpitalu 12 razy — razem 49 razy. Zawsze osiągano zadawalniające rezultaty. Nie udawało się tylko znieczulenia okostnej i kości (w 2 wypadkach Thoracotomiae), powierzchni ziarninujących (przy wyłyżeczkowaniu po otworzeniu zimnych ropni), a przy przepuklinach (nieuwięźgniętych), pomimo długotrwałego przepajania tkanek — warstwa za warstwą, bywały chwile silnej bolesności, mianowicie, przy oddzielaniu sznurka nasiennego i uwalnianiu szyjki worka nasiennego; na ostatnie zwrócił już uwagę prof. R y d y g i e r[20]). Co się tyczy operacyi przepuklin, zauważę, że przy niej sposób S c h l e i c h a na pozór mniej okazuje się dogodnym, niż znieczulenie miejscowe samą kokainą podług R é c l u s, szczególniej w rękach tak wytrwałych operatorów, jak lekarz ziemski R o m a n i n[21]), z zapałem

zalecający ten sposób dla herniotomii w praktyce komunalnej*). Niestety, obie metody posiadają jednę bardzo ważną wadę, mianowicie, przedłużanie operacyi, co nie może być obojętnem w szpitalu ludowym, gdzie z powodu znacznego napływu chorych ambulatoryjnych i in. przyczyn w dni operacyjne (1 lub 2 na tydzień) czeka na lekarza po 5 — 6 operacyi. Nie mniej dla personelu, pomagającego operatorowi, nie może być korzystne pozostawanie przez więcej niż 5 godzin w atmosferze sali operacyjnej, chociażby ta byla wzorowo urządzona. Pod tym względem, jak i pod wieloma innymi, wydaje mi się bardziej dla szpitala ludowego praktycznym jeden z wymienionych sposobów np. O. Bloch'a, t j. łączenie ogólnej narkozy (chloroformu nie więcej jak 10, nawet 6 grm.) ze znieczuleniem miejscowem.

Chlorek etylu, jako środek znieczulający samodzielnie, ani razu nie był stosowany (G a u c h e t[22]). Uciekano się do niego tylko wtedy, gdy trzeba było użyć metody mieszanej: cztery razy do znieczulania nakłócia — podług Schleich'a i dwa razy do znieczulenia pola operacyjnego przy słabem odurzeniu chloroformowem (O. Bloch). Szczególniej jakiejś bolesności[22]) od zamrażania miejscowego nie zauważyłem.

Odurzanie ogólne dokonywane było za pomocą czystego chloroformu, albo też przez łączenie odurzenia chloroformowego z podskórnem działaniem morfiny (u alkoholików). Ambulatoryjnie narkozę stosowano w celach dyagnostycznych (kamienie pęcherza, złamania kości i t. p.) 38 razy i operacyjnych—26 razy, razem 64 razy. Natomiast w szpitalu — przy poważniejszych operacyach — liczba przypadków, w których odurzenie okazało się niezbędnem, doszła do 265. Ogólnie biorąc, odurzenia chloroformem użyto w ciągu lat dwóch — 329 razy, przyczem nie zapisano ani jednego przypadku śmierci, spowodowanego trującem działaniem narkotyku. W 9 przypadkach zawieszenia oddechu niebezpieczeństwo w porę zostało zauważone i uchylone. W tym celu były w użyciu następujące zabiegi: sztuczne oddychanie podług Sylvester'a (w 1 wypadku podług Schneller'a), rytmiczne pociąganie języka podług Laborde,a, mięsienie serca (Maas, François—Franck); w jednym przypadku, jako ultimum refugium, po 40 minutach bezskutecznego stosowania innych sposobów, wstrzyknięto pod skórę strychninę w ilości 0,003 grm., co uwieńczone zostało dobrym skutkiem — wbrew powątpiewaniom prof. R y d y g i e r a[23] i in. Wypadek ten zdarzył się z chorą, operowaną z powodu raka szyi macicznej: w chwili otworzenia jamy Duglasa (extirpatio uteri vaginalis m. Martini) chora nagle przestała oddychać (porażenie przepony) i pozostawała w takim stanie przez minut 40 — przy pełnym przez cały czas i łatwym do liczenia tętnie, — jakby na potwierdzenie słów Haller'a: „cor primum movens, ultimum moriens".

---

*) Patrz również artykuły G a u c h e t'a o chirurgii wiejskiej[22])

Chory Łazarew umarł po przerwaniu operacyi, jak to wykazała sekcya, od wtórnego udaru apoplektycznego*) z następczym połowicznym paraliżem. Chory ten miał na szyi mięsak, wrastający w światło art. carotidis, w miejscu jej rozgałęzienia. Już w początku operacyi, zaraz po przecięciu skóry nad guzem i uciśnięciu rany w celu uchwycenia naczyń, zjawiły się groźne objawy. Chociaż operacya natychmiast była przerwana, a Ł. przyszedł do świadomości i mógł odpowiadać na zapytania gestami (paraliż języka), lecz w ciężkim beznadziejnym stanie pozostał do samej śmierci, która nastąpiła tego samego dnia w nocy.

Odurzanie chloroformem trwało zwykle nie mniej niż $^1/_2$ godziny, a najdłużej $2^1/_2$ godzin, przyczem zużywano od 10 ctm.^{3} do 82 ctm.^{3}, zależnie od wieku chorego, wrażliwości jego na narkotyk i trwania operacyi. Sposób stosowania: na maskę Nicaise'a nalewano chloroform kroplami (goutte à goutte) — aż do wystąpienia odurzenia; później nalewano nie więcej jak 1 do 2 kropel na minutę. Chloroformował zawsze felczer-aptekarz pod nadzorem lekarza i przy pomocy jednej z sióstr szpitalnych, obeznanej dokładnie z zabiegiem Heiberg'a.

VII.

Jeszcze 30 lat temu rozprawy o poważnych — do pewnego stopnia — operacyach w szpitalach wiejskich były ryzykowne i jałowe. Wprawdzie L. Lefort, jak już wspominaliśmy, w 1864 r. znalazł w szpitalach wiejskich Anglii śmiertnlność po amputacyach prawie o połowę mniejszą, aniżeli w szpitalach Londynu; cyfry jego jednak są jeszcze tak wielkie, że bodaj czy mogły zadawalniać ówczesnych chirurgów ludowych. Wogóle bowiem, czy można było mówić o pomocy operacyjnej wsród ludu w owe okropne czasy, kiedy Pirogow pisał o szczęściu w chirurgii, gdy „80% wszystkich ran nie można było uchronić od zgorzeli szpitalnej“ (klinika Nussbaum'a w Monachium), gdy smiertelność po złamaniach powikłanych dochodziła do 40% (klinika Vollkmann'a w Halli), gdy znaczna część ran operacyjnych, obecnie gojonych we dwa tygodnie, zatrzymywała chorych w szpitalach po 3 do 6 miesięcy[24]). Nikt nie wątpi, że świeżość i czystość wiejskiego powietrza, oraz zbliżenie do ognisk zachorowań powinny by były wywierać wpływ dobroczynny na gojenie ran operacyjnych, lecz te warunki były nazbyt niewystarczające wobec bezradności, w jakiej brnęła chirurgia przed wystąpieniem Józefa Listera. W naszych czasach niema operacyi, na wykonanie której nie miał by prawa, która by nie była nawet obowiązkiem, chirurga wiejskiego, obznajmionego z zasadami chirurgii i z zabiegami aseptyki. Spółczesne sposoby sterylizacyi instrumentów (modo Bergmann —

*) Pierwszy, sądząc ze zmian w tkankach mózgu, mógł mieć miejsce przed 8 miesiącami. W anamnezie nie było mowy o niczem innem, prócz silnych bólów głowy.

Schimmelbusch), odkażania rąk (m. Kümmel — Fürbringer)*, sterylizacya katgut'u (m. Reverdin — Döderlein) i t. p. są dostępne dla każdego chirurga i w każdych warunkach, gdy z drugiej strony prostota przygotowań i taniość materyału, używanego dziś w celach aseptycznych, dostarczają operatorowi wiejskiemu środków, którymi może on do woli rozporządzać na równi ze swoim kolegą, zamieszkałym w mieście. Woda (pod postacią pary lub płynu), soda, sól kuchenna, mydło, słaby spirytus (50—60%) — oto te najpewniejsze na dziś środki antyseptyczne, które bez trudności może on znaleźć w najbardziej oddalonych zakątkach wiejskich[26]. Miał więc zupełną słuszność Billroth, mówiąc, że aseptyka w klinikach nigdy nie będzie mogła dojść do tego stopnia rozwoju, jaki osiągnie w małych szpitalach. Niemniej też prostota leczenia pooperacyjnego, jeżeli tylko chirurg potrafił przyswoić sobie pedantyczność w przygotowaniu do operacyi i chorego (Fritsch[27]), i siebie (Rydygier[27], Mikulicz[28]) i zrozumieć taktykę zamkniętego leczenia rany, — skróca znakomicie czas wyczekiwania na owoce wysiłków i daje możność już po krótkim czasie powrócenia chorych rodzinie.

W szpitalu w W. operacye odbywały się prawie wyłącznie w piątki; w te dnie ambulatoryjnych chorych nie było. W przeddzień cały personel brał łaźnię. Większość chorych otrzymywała kąpiel dopiero bezpośrednio przed operacyą. Jedynie ci, u których miała być wykonana laparatomia, czy też wogóle operacya w jednej z jam głównych, brali kąpiel jeszcze w przeddzień lub w ciągu dni kilku z rzędu. Kompres Fritsch'a (z Aluminium aceticum sol. 1 : 100 — na 24 godziny przed operacyą) na pole operacyjne był stosowany, niestety, w bardzo nielicznych przypadkach, zależnie od czysto miejscowych przyczyn, mianowicie, wskutek tego, że stosunkowo niedawno otwarty szpital nie zdążył jeszcze przyzwyczaić ludności do dwóch ważnych rzeczy: by zawczasu zwracała się po pomoc operacyjną i by z cierpliwością poddawała się przedoperacyjnym przygotowaniom.

Wykąpanego, wymytego i ogolonego chorego wprowadzano do sali operacyjnej, ogrzanej do 16° — 20° R., i umieszczano tak, jak wyszedł odziany z pokoju kąpielowego t. j. w najniezbędniejszej bieliźnie, na prostym drewnianym stole operacyjnym (przypominającym stół Rottera, lecz bez kanału wdłuż idącego i złożonym z dwóch części, połączonych za pomocą haczyków), poczem poddawano go ponownemu badaniu serca, płuc i t. p. Alkoholikom natychmiast wstrzykiwano morfinę. Po ułożeniu chorego natychmiast okrywano go prześcieradłem. Jednocześnie obecni przy operacyi, zachowując jak największą ciszę, uskuteczniali dezynfekcyę rąk: nie mniej jak przez jednę minutę skórę czyszczono szczotką, mydłem (szarem z gliceryną aa; prof. Rydygier[27]) zaleca 2 części mydła, na 1 glicer.) i wodą ciepłą, poczem osuszano ją ręcznikami sterylizowanymi; potem następowało wycieranie rąk wacikami, napojonymi 60% alkoholem,

*) Osobliwie Heisswasseralkoholverfahren Fürbringer'a[27]; zabieg ten, zdaniem wielu autorów, ma przyszłość przed sobą.

wreszcie — opłukiwanie $1^0/_{00}$ rozczynem sublimatu. Umywalnia sali operacyjnej wykonana jest z żelaza (stolik), miedzi (rezerwuary) i szkła (tafle — na stoliku i na tej części ściany, pod którą stoi umywalnia); zamiast kranów posiada szklane zakończenia, połączone z rezerwuarami za pomobą rurek kauczukowych; klapy w rezerwuarach unoszą się i opadają przez działanie przycisku nożnego.

Dopiero gdy narkotyk widocznie zaczynał działać, opuszczano głowę chorego do jednego poziomu z tułowiem, lub jeszcze niżej, — zależnie od umiejscowienia pola operacyjnego—przymocowywano nogi do stołu za pomocą ręczników lub płóciennego, szerokiego na 4 palce, pasa. Po tem przystępowano do oczyszczenia pola operacyjnego: poprzednio wygolone, obecnie myto wodą ciepłą, mydłem i szczotką, wycierano tamponami, napojonymi zwykłym $60^0/_0$ lub mydlanym spirytusem (Mikulicz[23]) poczem zlewano $1^0/_{00}$ rozczynem sublimatu; oczyszczone tym sposobem pole nakrywano gazą sublimatową i okładano ręcznikiem, zmoczonym w $1^0/_{00}$ rozczynie sublimatu; bezpośrednio przed cięciem pole wycierano eterem. Do przemywania jam surowiczych był używany rozczyn fizyologiczny Kronecker'a. Błony śluzowe oczyszczano za pomocą tamponów, zmoczonych ciepłą wodą destylowaną (kiszka prosta), albo $3^0/_0$ kwasem bornym (jama ustna, pęcherz moczowy), albo $3^0/_0$ kwasem karbolowym (pochwa), poczem osuszania dokonywano za pomocą sterylizowanej gazy jodoformowej. W mniej licznych wypadkach, w których przewidywano trudności dokładnego oczyszczenia błony śluzowej, były w użyciu $^1/_2{}^0/_0$ kwasu salicylowego (zapalenie pęcherza moczowego) i $1^0/_0$ rozczyn lizolu (przetoki pęcherzowo-pochwowe*) i kiszkowo-pochwowe.

Przy ropnych postaciach zapalenia pęcherza moczowego często stosowano rozczyny azotanu srebra, tak w celach przygotowawczych — przed operacyą (lithotomia, lithotrypsia i t. p.), jako też w okresie pooperacyjnym, — według metody widzianej przezemnie w klinice Guyon'a, mianowicie, „suivant les règles physiologiques". Jak wiadomo, Guyon dla swych „lavages modificateurs" używa rozczynów azotanu srebra 1 : 1000 — 1 : 500,—stosując ostatni według formuły Merciera (0,25 : 125,0), w tem mniemaniu, że 125 gramów stanowi maksymalną ilość rozczynu na jedno przemywanie.

Narzędzia bezpośrednio przed użyciem kładzono do dziurkowanego podłużnego naczynia miedzianego i gotowano w $1^0/_0$ rozczynie sody w ciągu minut pięciu (Schimmelbusch), następnie wraz z naczyniem wstawiano w nieco większe, również miedziane, napełnione $5^0/_0$ rozczynem kwasu karbolowego. Aby narzędzia nie czerniały od osadu natr. sulfurici (zwykłej domieszki sody), pogrążano je do rozczynu dopiero wtedy, gdy ostatni został zagotowany i gdy osiadły na dnie nierozpuszczalne domieszki.

Noże wycierano gazą sterylizowaną i alkoholem. Sterylizacya narzędzi według sposobu Bergmana — Schimmelbusch,a[24]) była tem

*) Pod wpływem lizolu — prawdopodobnie dzięki jego własności robienie tkanki ślizgiemi — zauważone było zmniejszenie osadów moczowych. Spostrzeżenia takie zanotowano dwa.

łatwiejsza, że wszystkie one (za małymi bardzo wyjątkami) w szpitalu w W. posiadają rączki metalowe. Do niklowania narzędzia nigdy nie bywają wysyłane (Schimmelbusch[24])

Materyał opatrunkowy był sterylizowany za pomocą pary w ruchu — w aparacie, zbudowanym na miejscu według systemu Lautenschlägera — w przeciągu pół godziny, albo bezpośrednio przed operacyą, gdzie wskazane było użycie meteryału wilgotnego, albo też nieco wcześniej, gdy potrzebny był materyal suchy (w tym samym sterylizatorze, albo też w piecu sterylizacyjnym). Podobnej sterylizacyi poddawano bieliznę operowanego i fartuchy uczestniczących w operacyi, jako też obecnych przy niej. Jedwab i drut metalowy (srebrny) odkażano z instrumentami. Kàtgut w danym okresie sterylizowano następującym sposobem (Schimmelbusch[23]): nawinięty na wałki szklane pozostawał przez 24 godziny w eterze, poczem wkładano go do alkoholowego rozczynu sublimatu (Rp. Sublimat 10,0. Alcohol abs. 800,0. Aq. dest. 200,0 M. D. S.) na 48 godzin, a w końcu umieszczano w czystym alkoholu + 20% glicerynie, do przechowywania.

VIII.

Chirurgia ludowa nie znalazła dotąd dla siebie dewizy, która by wyrażała jej posłannictwo wysokie i doniosłe dążenia.

Już była mowa o tem, że szpitalowi w W., rozwijającemu swą działalność w sferze ludowej, a przytem w miejscowości bardzo skąpo zaopatrzonej w pomoc lekarską, wypadło w udziele przedewszystkiem zbadanie warunków miejscowych w celu wyjaśnienia, jakiego rodzaju działalność mogłaby odpowiedzieć najżywotniejszym potrzebom ludności, oraz w jakim kierunku działalność taką rozwijać, by za pomocą małych — w porównaniu z ogromem potrzeb — środków osiągać jaknajdonioślejsze wyniki. Czas wykazał, że przez ludność miejscową najbardziej odczuwany jest brak pomocy operacyjnej, że z tej racyi ostatnia winna być podstawą działalności szpitalnej i że, wreszcie, koniecznem jest przy tem kierowanie się następującymi poglądami.

1. Jedynie osobiste i gruntowne badanie chorych ambulatoryjnych daje lekarzowi możność wyboru odpowiednich dla szpitala przypadków.
2. Tylko takich chorych, którzy zjawiają się do szpitala w widokach zachowania zdolności do pracy lub ocalenia życia, lekarz powinien mniej lub więcej usilnie skłaniać do poddania się leczeniu operacyjnemu; innych zaś chorych (z defektami kosmetycznymi lub — z drugiej strony — z tak fatalnemi cierpieniami, jak zastarzałe nowotwory złośliwe i t. p.) wolno poddawać operacyom na jasne i z ich inicyatywy wyrażone żądanie.
3. W bardzo ciężkich przypadkach należy operować zawsze, gdy istnieje przekonanie, iż bez interwencyi nieuniknione jest fatalne zejście choroby, i gdy istnieje choćby jedna szansa na sto, że

operacya będzie owocna. Dotyczy to przeważnie takich cierpień, jak kamień pęcherzowy; ztąd wszyscy tacy chorzy w szpitalu w W. byli operowani. Pod tym względem obawy w rodzaju, że dla szpitala może się pokazać niedogodnem zwiększenie statystyki śmiertelności po operacyach w przypadkach ciężkich, prawie beznadziejnych, — powinny być uznane za bezpodstawne.

4. Lekarz winien operować w czasie odpowiednim ze względu na charakter cierpienia i jego rozwój, nie licząc się z jakimikolwiek innymi względami, jak terminem przyjazdu chorego, jego żądaniem i t. p. Z drugiej strony, winny być w użyciu jedynie najprostrze, t. zw. klasyczne zabiegi, które, osiągając nie tylko najpewniejsze, ale i najszybsze rezultaty, mogłyby zapewnić choremu niezbyt wielką stratę czasu na leczenie pooperacyjne, t. j. szybki powrót do zwykłych zajęć.

5. Z operacyi, stosowanych przezemnie w okresie omawianym, za klasyczne dla warunków ludowych uważałbym następujące: a) cięcia nadłonowe z zaszywaniem pęcherza szczelnem podług Razumowskiego; b) litholapaxia p. Guyon'a; c) radykalne leczenie przepuklin p. Bassiniego; d) radykalna operacya puchliny jądra p. O. Blocha; e) leczenie wilka p. Jurasza; f) radykalne leczenie zapalenia gruczołów piersiowych; g) operacya phimosis p. Rosera; h) zaszywanie przetok pochwowych na jednem posiedzeniu (autoplastica m. Walcher, Fenomenoff i in.); i) rezekcya kolana p. Ollier i t. p.

Dokładniejsze pojęcie o pomocy chirurgicznej, okazywanej w szpitalu w W., daje sprawozdanie z operacyj, wykonanych w latach 1898 — 1899, ogłoszone w roku ubiegłym*). Tutaj ograniczę się do ogólnych cyfr.

W ciągu dwóch lat *poważniejszych operacyj* i rękoczynów chirurgicznych wykonano 402, przy czem 282 operacye wypadają na 273 chorych szpitalnych, a 120 — 104 chorych ambulatoryjnych. W rezultacie otrzymano 80,5% (324) wyleczeń, 13,9% (56) polepszeń, gdy 2,5% (10) wypadków pozostało niewyleczonych, a 2,9% (12) zakończyło się śmiercią. Procent śmiertelności w stosunku tylko do chorych szpitalnych jest nieco większym, mianowicie 4,2%.

Pomoc akuszeryjna w danym okresie z czysto lokalnych powodów nie doszła do właściwego rozwoju: w przeciągu lat dwóch akuszerka szpitalna do domu była wzywana tylko 17 razy, a lekarz 8 razy (1 raz do nałożenia kleszczy; 1 raz wykonał obrót; 3 razy — usunięcie łożyska). Dopiero otwarcie pokoju dla położnic (patrz plan szpitala) na początku 1899 r. — było bodźcem do prawidłowego postawienia tej sprawy.

Prócz operowanych w szpitalu w W. w danym okresie leczyło się jeszcze 49 chorych: z nich część ponownie w jakiś czas po ope-

*) J. Idzikowski. Dwa lata działalności szpitala ludowego. (po ross.) Petersburg 1901.

racyi zapisała się, by leczenie uzupełnić kuracyą kumysową (5,2%), dalej cierpiący na choroby wewnętrzne (5,2%), znajdujący się pod obserwacyą (2,5%), wreszcie tacy, którzy już po wstąpieniu do szpitala nie zgodzili się na operacyę. *Średnia przebytych dni* w szpitalu równała się 30.7. *Małych zabiegów* (incisiones, wycięcie guzów, paracentesis, wyrywanie zębów i t. p.) w szpitalu wykonano 78, ambulatoryjnie 367, razem 445. Przy tem suchych opatrunków nałożono 968, wilgotnych 114, razem 1082.

Ogólna cyfra chorych ambulatoryjnych: w ambulatoryum szpitalnem (w W., przez lekarza) przyjęto 8033 chorych, czyli 13,980 przyjęć (4 razy na tydzień), zaś w ambulatoryum w Hucie Wierchotorskiej (przez felczera)—10.313 chorych, czyli 15.471 przyjęć (6 razy na tydzień); razem w obrębie szpitala w W. przyjęto chorych 18.346, czyli 24.293 przyjęć. Chorych *ocznych* ambulatoryjnie przyjęto 516; przyjęć było 2598.

Pracę powyższą, w której starałem się możliwie wiernie zobrazować dwuletnie usiłowania, skierowane ku temu, by w warunkach wiejskich zastosować to, czem szczyci się nauka spółczesna, — poświęcam kolegom, którym dobro ludu na sercu leży i którzy pojmują całą tego konieczność, by ludowi właśnie n a m i e j s c u j e g o z a m i e s z k a n i a dostarczać wszystkiego, cokolwiek istnieje w naszej mocy w celu zachowania zdolności do pracy i rozwoju życia. Czyż to bowiem góra ma pójść do Mahometa!

Literatura: 1. Seeligmüller, Provinzialkrankenhäuser für Unfallverletzte (Deutsche medic. Wochenschr. 1890). — 2. Kerschensteiner, Krankenhäuser für kleinere Städte u. ländliche Kreise. Braunschweig 1892. — 3. Henri Napias, Hygiène hospitaliére et assistance publique (Encyklopédie d'hygiéne et de médecine publique Dr. Jules Rochard 1893). — 4. Richard E., Précis d'hygiéne apliquée 1891. — 5. Mencke W., Das Krankenhaus d. kleinen Städte 1879. — 6. Mencke W., „Welche Aufgaben erfüllt das Krankenhaus d. kleinen Städte und wie ist es einzurichten?" Berlin I Aufl. 1889 u. IV Aufl. 1894. — 7. Malijew N., Zarys antropologiczny Baszkirów 1876. (po ross). — 8. Drouineau Dr., Du classement des établissements hospitaliéres. Paris 1889. — 9. Czwarty zjazd lekarzy ziemskich i przedstawicieli ziemstw gub. Ufimskiej. Zeszyt I. Ufa 1895. (po ross.). — 10. Schumburg., Hygienische Grundsätze beim Hospitalbau u. die Berücksichtigung derselben im englischen Krankenhäusern. Berlin 1892 — 11. Grebionszczykow., Szpitale cywilne w Cesarstwie Rossyjskiem. Wydanie Departamentu Lekarskiego 1893 (po ross). — 12. Sander. Handbuch der öffentl. Gesundheitspflege 1885. — 13, Tollet. Plans généraux des hôpitaux (Revue d'Hygiéne 1889). — 14. Vogt. Zeitschrift fär Biologie 1879. — 15. Breisacher. Ueber die Grösse des Eiweissbedarfs beim Menschen (Deutsch medic. Wochenschr. № 48. 1891). — 16. Czausow. Sprawozdanie z ruchu chorych w szpitalach warszawskich za 1894 r. (po ross.). — 17. Jakimiak B. (Dr. Nosocomialis) Potrzeby szpitalnictwa Warszawskiego. Warszawa 1897. — 18. Terrier et Peraire Petit Manuel d'anesthésie chirurgicale Paris. 1894. — 19. Schleich. Schmerzlose Operationen. Örtliche Betäubung mit indifferenten Flüssigkeiten. Psychophysik des natürlichen u. künstlichen Schlafes. IV verbess. u. vermehr. Aufl. Berlin 1899. — 20. Herman. O znieczuleniu miejscowem i granicach jego stosowania (Gazeta lekarska 1898 № 51), — 21. Romanin I. A. O zaletach znieczulenia miejscowego w ziemskiej praktyce chirurgicznej (Wracz 1899 r. № 23, po ross,). — 22. Pauchet (d'Amiens). Notes sur la chirurgie rurale (Gazette des hôpitaux 1897, № 149). — 23. Ry-

dygier. O sposobie chloroformowania. Odczyt klin. № 54. 1893 r. — 24. Schimmelbusch. Anleitung zur aseptisehen Wundbehandlung. Berlin 1892. — 25. Fürbringer. Entwickelung u. Stand der Händedesinfection (Deutsche med. Wochenschr 1899 № 49). — 26. Desfosses P. De la stérilisation de l'eau en chirurgie (Pr. méd. 1899 № 44). — 27. Rydygier. Einige Bemerkungen über die auf unserer Klinik geübte Methode dsr Anti—und Aseptis (Wiener klin. Wochenschr 1898 № 44, ref. Centr. f. Chirurg. 1899 № 17.) — 28. Mikulicz. Des perfectionnements de l'asepsie opératoire. 27 congreis allemand de chirnrgie (ref. Revue de chir. 1898 №. 10 d'après le Centralb. für Chir. 1898 № 26).

Z działalności pomocy lekarskiej wiejskiej w gub. Płockiej.

Działalność lekarska w obwodzie Ciechanowskim.

Podał Dr. **M. Zienkiewicz** (z Ciechanowa).

(Dalszy ciąg).

Na rozjazdy lekarza, akuszerki i felczera według etatów przeznaczono rub. 200, suma, która przy dwóch obowiązkowych wyjazdach w tygodniu na posterunki jest niewystarczająca. Zwrócono na to uwagę przed wprowadzeniem instytucyi i uchwalono podnieść wynagrodzenie za wyjazdy do 3 rubli za każdy, ale i ta ostatnia suma z powodu kosztowności wynajmu koni i wobec tego, że w takich podróżach przebywa się cały dzień po za domem, psuje się ubranie i t. p. — okazała się niedostateczną. Dlatego na posiedzeniu Rady Guber. w czerwcu 1899 roku uchwalono podnieść wynagrodzenie za wyjazdy na posterunki do 4 rub. za każdy; ta uchwała miała moc od stycznia 1900 roku. Lecz i 4 rub. nie sięgają tej kwoty, jaką się płaci za służbowe wyjazdy naprzykład lekarzom powiatu; przecież lekarz obwodowy musi dłużej przebywać po za domem, niż to wypada lekarzowi powiatowemu, musi zabierać z sobą felczera, lub akuszerkę, lekarz zaś powiatu może wynajmować furmankę wspólnie z innym urzędnikiem (np. sędzią śledczym). Felczer i akuszerka, tak nędznie uposażeni, n i c nie dostają za wyjazdy; wprawdzie jeżdżą oni furmanką lekarza, ale psucie się ubrania podczas złej pogody i żywienie się po za domem — stanowią poważny wydatek. O potrzebie zwiększenia wynagrodzenia za wyjazdy lekarzom pisał b. gubernator Janowicz, który w swoim referacie prosił o wyznaczenie lekarzom rub. 5 za każdy wyjazd, akuszerce zaś i felczerowi po kop. 75.

Rozpatrując raz jeszcze sprawę utrzymania lekarza obwodowego, widzimy, że jego roczny dochód składa się z 900 rub. pensyi i z 200 rub. na mieszkanie, czyli rubli 1100. Wobec nadmiaru pracy, jaki

przypada lekarzowi obwodowemu, wobec przekonania ludności, że w każdej chwili może ona korzystać z jego usług bezpłatnie, innych źródeł dochodu lekarz obwodowy mieć nie może.

1,100 rub. przy istniejących warunkach życiowych zaledwie starczyć mogą na opędzenie niezbędnych powszednich potrzeb, a dla osobnika, posiadającego rodzinę, nie starczy nawet i na to.

Rodzaj działalności lekarza obwodowego, który bierze na siebie całą odpowiedzialność za jakość kuracyi biedniejszego ludu, niebędącego w stanie szukać innej pomocy, zmusza lekarza do śledzenia postępów wiedzy lekarskiej przez czytanie podręczników, prenumerowanie pism, nabywanie niezbędnych narzędzi. Z drugiej strony, wysiłkowa praca podkopuje jego siły fizyczne i umysłowe, które wreszcie domagają się wypoczynku, a nawet kuracyi. Stanowisko społeczne lekarza narzuca mu pewne towarzyskie obowiązki w postaci składek na cele publiczne, utrzymania stosunków towarzyskich co również pociąga za sobą wydatki. Nie mówię już o tem, że takiej pracy, jaka jest wymagana od lekarzy obwodowych, nie będą oni w stanie pełnić długo, aż do wysłużenia nędznej emerytury, więc przyszłość ich czarno się przedstawia.

Dwie są drogi najprostsze poprawy tego nienormalnego stanu rzeczy: albo powiększyć stałe dochody lekarza, co najmniej w dwójnasób, i wymagać od niego, żeby oddawał się wyłącznie wykonaniu włożonych na niego obowiązków lekarza ludowego, zostawiając mu tylko czas konieczny na wytchnienie i naukowe doskonalenie się; albo — urządzić jego pracę w ten sposób, żeby miał, obok zajęć obowiązkowych, prawo do praktyki prywatnej. W tym drugim wypadku konieczne będzie znaczne powiększenie liczby lekarzy obwodowych.

Powiększenie wydatków na tę sprawę pociągnie za sobą powiększenie podatku. Duże podatki istniejące już w Królestwie, klęski lat ostatnich, absolutnie nie pozwalają na to, ażeby sami spożywcy pracy lekarskiej sprostali tym obowiązkom podatkowym. Podatek na pomoc lekarską dla ludu musi obciążyć wszystkie klasy, z tego choćby powodu, że racyonalna pomoc lekarska dla ludu nie tylko zdrowie oddzielnych osobników, zgłaszających się po poradę, ma na celu, ale w równej mierze uzdrowienie całej masy ludności wiejskiej, i to nie tylko fizyczne, ale i duchowe

Na taki cel chyba nie można żałować wydatków. Niektóre ziemstwa w Cesarstwie już dawno przyszły do tego przekonania. Tam na pomoc lekarską gminną przypada przeciętnie na każdego mieszkańca po 18.9 kop.; w płockiej zaś gubernii tylko po 4,55 kop. A przecież tu organizacya racyonalna pomocy lekarskiej jest również niezbędna, jak tam. Zbyt wiele jeszcze u nas widnieje szyldów z trzema krążkami, tych sklepików, w których sprzedają poradę na wszelkie dolegliwości; zbyt wiele jeszcze istnieje u nas po wsiach i miasteczkach „znanych doktorów i doktorek“, leczących od „kołtuna“ i „macicy“, sprzedających kamień od oberwania, puszczających krew na każde zawołanie; a te sklepiki apteczne sprzedające takie nieistniejące specyfiki, jak „komarowe sadło“, lub takie trucizny jak anodyna! Tylko wprowadzenie powszechnej a dostępnej pomocy lekarskiej zwalczy

znachorstwo, zabobon i ciemnotę. Ale ludzie służący tej sprawie muszą się jej zupełnie poświęcić, więc też muszą mieć zabezpieczone wystarczające wynagrodzenie za taką pracę.

Niezależnie od wysokości wynagrodzenia niezbędnem jest zapewnienie lekarzom obwodowym stałych corocznych urlopów w celu wypoczynku i w celu umożliwienia im odświeżania i dopełniania wiadomości fachowych. W gub. płockiej angażowano wprawdzie lekarza zapasowego, do obowiązków którego zaliczono również pełnienie obowiązków urlopowanych lekarzy obwodowych, lecz na posiedzeniu w dniu 23 kwietnia r. 1901 r. lekarza zapasowego zwolniono od obowiązku zastępowania lekarzy podczas urlopów, a to z tego względu, aby w każdej chwili mógł zastąpić chorego lekarza obwodowego; resztę czasu ma używać na opracowanie materyałów statystycznych.

Lekarzy obwodowych, wyjeżdżających na urlop, miał zastępować drugi lekarz zapasowy, który miałby również obowiązek walczenia ze znaczniejszemi epidemiami, w miejscu ich istnienia. Projektu tego dla braku funduszów nie wykonano.

Wobec braku stałego zastępcy lekarz biorący urlop musi sam wyszukać sobie zastępcę. Lekarz obwodowy często niema w sąsiedztwie znajomego kolegi, a przytem posada lekarza obwodowego w g. płockiej tak mało jest nęcąca, że nie łatwo znaleźć lekarza, któryby porzucił miejsce swego pobytu, aby na czas krótki objąć takie obowiązki. Dla tego korzystanie z urlopów jest w wysokim stopniu utrudnione, jeżeli nie uniemożliwione, o następstwach zaś pracy bez wytchnienia, bez rozrywki, bez odświeżania wiadomości—zbyteczna mówić. Żeby zapobiedz temu krzyczącemu brakowi, przy istniejących obecnie warunkach, należy o ile można prędzej ustanowić posadę drugiego zapasowego lekarza. Przy zmianie zaś istniejących warunków, t. j. przy pomnożeniu liczby lekarzy obwodowych, kwestya zastępstwa byłaby już łatwiej rozwiązana, bo lekarze obwodowi przy mniejszych obwodach mogliby dopomagać sobie wzajemnie.

Pensya lekarzy obwodowych jest wypłacana co miesiąc, lecz nie zawsze się tak dzieje; np. zamiast 2 listopada r. 1901, jedna jej część wypłacona została 7 tegoż miesiąca, druga zaś 27-go, okoliczność mająca nieostatnie znaczenie, ze względu na szczupłe środki materyalne lekarzy obwodowych.

Akuszerka obwodu Ciechanowskiego, nazywana urzędownie felczerką-akuszerką, jakkolwiek posiada tylko patent na akuszerkę, spełnia obowiązki felczerskie zupełnie dobrze jest to osoba inteligentna i wykształcona. Wogóle jednak brak kandydatek; na takie posady; akuszerek, znających sztukę felczerską, zgłasza się bardzo mało; w wielu obwodach gubernii Płockiej przez długi czas wakowały podobne posady.

Akuszerka bywała wzywana zwykle do przypadków pod jakimbądź względem niezwyczajnych: w niektórych razach dla tego, że pęcherz długo nie pękał, w innych że łożysko nie odchodziło, lub w wypadkach wymagających pomocy lekarskiej. Jeżeli zaś akuszerka wzy-

wana była do połogów zwykłych, temu współdziałały inne jakieś warunki, w rodzaju bardzo blizkich przestrzeni, większej oświaty wzywającego, nareszcie osobiste przymioty wzywanej.

Żeby akuszerka była wzywana powszechnie do każdego porodu, trzeba ułatwić ludowi korzystanie z pomocy akuszeryjnej. Jedynym środkiem ku osiągnięciu tego celu byłoby stworzenie jaknajwiększej ilości punktów, z którychby każdy posiadał akuszerkę, zawsze gotową na wezwanie. Srodkiem słabszym ku zaradzeniu złemu byłoby ułatwienie kształcenia tak zwanych „babek wiejskich“. Obecnie „babki wiejskie“ kształcą jedynie przy instytucie położniczym w Warszawie; ta instytucya zawiodła nadzieje i nie przyniosła spodziewanych owoców. Istniejąca szkoła nie jest śród ludu popularną dla tego, że zamieszkanie w Warszawie, rozłączenie się z rodziną, trudność nagięcia się do surowych wymagań, wszystko to odstrasza kandydatki. Następnie, zbytnia pobłażliwość wobec obecnie funkcyonujących nieaprobowanych „bab“, które tyle szkody wyrządzają (za co podledz mogą odpowiedzialności według art. 99, 125 i 130 Kodeksu Karnego), niemało również przeszkadza postępowi. Nareszcie, wykwalifikowane babki wiejskie przenoszą bardzo często pokątne poradzanie w Warszawie nad legalną pracę na wsi, a więc po skończonych studyach niewracają do wsi rodzinnych.

Poprawę w tym kierunku osiągnąć można: ułatwiając babkom wiejskim naukę, ułatwiając im praktykę i chroniąc od nielegalnej konkurencyi ze strony znachorek. Lekarze, jak i wszyscy ludzie dobrej woli, powinni szerzyć śród ludu wiadomości o istniejącym już w Warszawie zakładzie; następnie, niezbędnem jest tworzenie szkół położniczych przynajmniej po miastach gubernialnych; nareszcie, pozwolić wszystkim szpitalom obwodowym na przyjmowanie kobiet wiejskich na praktykę akuszeryjną; tym praktykantkom ułatwić otrzymanie patentu, dając (z funduszów publicznych) na podróż w celu złożenia egzaminów w projektowanej szkole gubernialnej, albo na zjeździe lekarzy obwodowych; lub, nareszcie, unikając wydatków na podróż, dać prawo komisyi lekarzy miejscowych aprobować „babki wiejskie“. Ostatni sposób (t. j. praktyka przy lecznicach obwodowych) jest najłatwiejszy, a może i jednym z najskuteczniejszych, bo nikogo chyba więcej nie może obchodzić istnienie racyonalnej pomocy akuszeryjnej, jak lekarzy miejscowych, i nikt nie dołoży tylu starań, aby w obrębie danego obwodu pierwsza pomoc akuszeryjna odpowiadała istniejącym warunkom miejscowym. Na zarzut, że w lecznicach brak materyału, brak klinicznych warunków, do nauczania babek wiejskich—odpowiedź łatwa. Dla dwóch, trzech praktykantek w każdym obwodzie materyału jest dosyć, o ile praktyka trwać będzie przynajmniej cały rok; co do braku warunków klinicznych, to jakkolwiek istnienie tych ostatnich jest bardzo pożądanem, jeszcze raz podkreślam, że projektowana instytucya była i będzie tylko surogatem, wszakże nieuniknionym przy istniejących warunkach, o wiele jednak lepszym od teraźniejszego. Żeby zachęcić dziewczęta i kobiety wiejskie do praktyki położniczej, trzeba dać im mieszkanie i wikt przy lecznicach obwodowych bezpłatnie; używając do pielęgnowania chorych, przyuczać je do koniecznej

w położnictwie czystości; w razie wezwania do położnic akuszerka zabierała by je z sobą. Żeby zachęcić „babki" do praktyki wiejskiej, koniecznem jest ustanowienie posad z niewielką chociażby pensyą, np. 30 — 60 rub. rocznie i ułatwić powrót do rodzinnej wsi. Wkładając na akuszerki obwodowe obowiązek praktycznego kierowania kandydatkami na „babki", musimy zwrócić jeszcze baczniejszą uwagę na osobistości, które mają zajmować te stanowiska; muszą one stać wysoko pod względem fachowym i moralnym, polubić swój zawód, muszą być gruntownie obznajmione z wymaganiami, obyczajami, nawyknieniami miejscowej ludności. Stawiając takie wymagania obwodowym akuszerkom, musimy też odpowiednio polepszyć ich byt. Bo 360 rub. wypłacanych im rocznie zaledwie mogą wystarczyć na bardzo liche utrzymanie. Chcąc mieć na tych stanowiskach osoby inteligentne, należy z tych samych względów, co i w stosunku do lekarza, dać im czas i środki na kształcenie umysłu i konieczny odpoczynek. Żeby opędzić te ich potrzeby, należy już obecnie ich pensye podnieść co najmniej do 600 rubli rocznie, dając im mieszkanie w szpitalu, należy też zwolnić je od obowiązku wyjeżdżania na punkty ambulatoryjne. Jak dalece teraźniejsza pensya obwodowych felczerek-akuszerek jest niedostateczna, wymownie świadczy fakt, że na te posady były przyjmowane sprowadzane akuszerki, jak również i ta okoliczność, że niektóre posady obwodowych akuszerek nie są zajęte dotychczas, a przez długi czas nie było zajętych wiele z tychposad.

W praktyce lekarzy pomocy wiejskiej w gub. Płockiej zanotować należy też fakty obywania się lekarzy bez takich felczerów, lub zastępowania ich przez akuszerki (po dwie na obwód). Ten ostatni przykład jest naśladowania godnym, lecz trudnym do wykonania, bo znaleźć akuszerkę, któraby się chciała zgodzić na rubli 240 rocznie, jest rzeczą zgoła trudną.

W obwodzie Ciechanowskim szpital obwodowy, urzędownie nazywany obwodową lecznicą, mieści się w samym Ciechanowie. Wybór miejsca na lecznicę jest bardzo trafny z tego względu, że Ciechanów, jako centrum okolicy, z różnych powodów jest odwiedzany przez ludność, jednocześnie zwracającą się do lekarza; powtóre, drogi w bizkości miasta są zwykle staranniej utrzymywane, co również w niemałej mierze ułatwia korzystanie z pomocy lekarskiej; nareszcie, Ciechanów, jakkolwiek powiatowe miasto, do niedawna niemiał żadnego zakładu leczniczego. Do braków urządzenia lecznicy w Ciechanowie trzeba zaliczyć ogólny brak odpowiednich mieszkań, jak również zbyt wysokie ich ceny. Ażeby udowodnić ostatnie twierdzenie będę musiał skreślić obraz lokalu, w którym mieści się szpital obwodowy pomocy wiejskiej w Ciechanowie. Szpital ów zajmuje dom, znajdujący się na samym krańcu miasta, na bezludnej, niebrukowanej, mało zabudowanej ulicy, blizko cmentarza; przy szpitalu niema ogródka, ani nawet jednego drzewka, Do roku 1900-go w tym samym dziedzińcu, w którym mieści się lecznica, mieściła sią mydlarnia. Sam dom zbudowany z cienkich desek, nie otynkowany zzewnątrz, składa się z dwóch części: murowanych suteren i drewnianego piętra. W suterenach,

przesiąkniętych wilgocią, mieszka służba, mieści się kuchnia, pralnia, trupiarnia, komórka do odzieży chorych, także do przechowywania węgla, jak również składzik do przechowywania wiktuałów, bo piwnicy i lodowni brak. Piętro, jakkolwiek bez widocznej wilgoci, lecz strasznie zimne i wymagające opału za sumę, wielekroć przechodzącą przeznaczoną według projektu, składa się z 4 pokoi średniej wielkości, 2 małych i 3 przechodnich przedpokoi, oprócz tego posiada sporą, ale zimną sień. W tym lokalu mieści się wszystko: 3 sale dla chorych, gabinet lekarza do przyjmowania chorych przychodzących, apteka, gdzie oprócz przyrządzania lekarstw, z powodn braku innego lokalu, robią się opatrunki chorych ze sprawami ropnemi; dalej idą mieszkania akuszerki i felczera, składające się każde z małego pokoiku i przechodniego przedpokoju; poczekalnia. Izby przeznaczonej wyłącznie do operacyi aseptycznych wcale niema; mieszkania dla lekarza również. Żadna prawie z wymienionych części lokalu nie odpowiada swemu przeznaczeniu. Sala męzka, na pięć łóżek, jest za ciasna dla całego kompletu, głośna — z powodu sąsiedztwa z poczekalnią i apteką. Apteka, jakkolwiek dość wielka do spełniania swej funkcyi głównej, stanowczo jest za ciasna dla pełnienia jednocześnie drugiej — sali opatrunkowej! Poczekalnia dla chorych przychodzących nie łączy się bezpośrednio z gabinetem lekarza, lecz jest od niego oddzielona przez zimną sień, jest przytem za mała, nie mieści nawet $^1/_3$ części, zwykle oczekujących; reszta chorych latem przebywa na podwórku zimą zaś albo kostnieje w sieni albo wciska się do sal, apteki etc., gwałcąc porządek i ciszę, niepokojąc chorych. Poczekalnia, jak również i gabinet lekarza, nie mają pieców murowanych, skutkiem czego w dni chłodne panuje tam zimno. Dla zaradzenia złemu postawiono tam maleńkie żelazne piecyki, ogrzewające się wprawdzie prędko, ale ostygające jescze prędzej, a czasami, co gorzej, przy nieumiejętnem opalaniu, dymiące niemiłosiernie i zatruwające powietrze.

Mieszkanie felczera nie jest od szpitala izolowane; jest za małe dla osobnika familijnego. Te wady mieszkania wywoływały nieraz słuszne narzekania felczera, pobudzały go, jak również lekarza, do przedsiębrania starań o wynajęcie mieszkania po za obrębem szpitala, lecz wszelkie starania rozbijały się o odmowę z powodu braku funduszów.

Mieszkanie akuszerki, jakkolwiek jest takie same, jak mieszkanie felczera pod względem obszaru, lepszem jest cokolwiek z tego względu, że jej przedpokój jest mniej przez chorych uczęszczany.

Dwie sale dla kobiet, jedna— dla chorych, na 3 łóżka, druga dla położnic—na 2 łóżka, są wprawdzie dosyć obszerne, lecz są zimne, bezpośrednio łączą się z sobą; pierwsza z nich jest przejściowa.

Miejsca ustępowe dla mężczyzn mieszczą się w ciemnej komórce pod schodami, prowadzącymi na poddasze; dla kobiet — w widnej wprawdzie, ale zimnej, komórce. W piewszym wypadku mamy nieunikniony nieporządek, w drugim — obawę przed zaziębieniem.

Operacye odbywają się albo w gabinecie lekarskim, lub też w sali, przeznaczonej dla położnic, w której właśnie znajduje się stół operacyjny. Osobnego pokoju kąpielowego niema.

Za taki fatalny lokal, w jakim się mieści wiejski szpital Ciechanowski, płaci się rb. 490 rocznie, sumę dość znaczną na lichą mieścinę. Za lokal któryby odpowiadał jakim takim wymaganiom szpitalnictwa i mieścił w sobie zarazem mieszkanie lekarza, żądano rb. 1200, sumę, przekraczającą budżet o zbyt wiele. W projekcie przewidziano za oszczędności, które były oczekiwane w kosztorysie, budować własne szpitale.

Przy wprowadzeniu pomocy lekarskiej w całem Królestwie, budowa specyalnych gmachów szpitalnych jest koniecznością.

W Ciechanowie ta zasada musi być wprowadzona w życie zaraz, ze względu chociażby na drożyznę mieszkań; fundusze, prawdopodobnie, kasy miejskie i gminne chętnie pożyczą na przystępnych warunkach. Szczupłość lokalu, mała ilość łóżek (10), brak niezbędnych warunków spitalnych, wreszcie brak funduszów — zmusza lekarza do odmawiania wielu chorym. Zawsze są przyjmowane do szpitala osoby, które uległy nieszczęśliwemu wypadkowi, t. j. ci chorzy, którym należy podać poważniejszą pomoc chirurgiczną; również przyjmowane są bez wyjątku zgłaszające się położnice, dalej ci chorzy wewnętrzni, którym potrzebna jest pomoc chirurgiczna, w rodzaju punkcyi opłucnej, otrzewnej; chorzy wewnętrzni ostrzy niezakaźni, albo mało zakaźni, w rodzaju chorych na zapalenie płuc, ze względu na wyżej wspomniane braki przyjmowani są wyjątkowo. Z chorób przewlekłych wewnętrznych przyjmujemy chorych na wodną puchlinę, głównie chorych na zapalenie nerek.

W braku łaźni i kąpieli publicznych po naszych miastach i miasteczkach byłoby pożądanem, żeby istniała kąpiel przy szpitalu dostępna i dla zdrowych (za opłatą, byle niewielką.) Rada gubernialna w czerwcu roku 1899 uchwaliła, żeby każdy chory, przyjmowany do lecznicy, otrzymywał kąpiel; ale brak osobnego pokoju kąpielowego, chłód mieszkania, trudność otrzymania wody*), drożyzna opału, nie pozwoliły na to. Kąpiele lecznicze robiono w salach, co zwiększało nieład w ciasnych ubikacyach szpitalnych.

Rzadko przyjmowano chorych zakaźnych, chorych na tyfus brzuszny i wysypkowy, choroby, z których pierwsza w obwodzie Ciechanowskim, a głównie w mieście Ciechanowie, zazwyczaj parę razy do roku przyjmuje cechy epidemii. Wypadki, kiedy lekarz przyjął chorych zakaźnych do szpitala, mieszcząc ich po suterenach, albo i w ogólnych salach, o ile nie było w nich innych chorych, uznane były przez Radę gubernialną na posiedzeniu w marcu r. 1900 za niepożądane, dopóki przy lecznicach obwodowych nie będzie osobnych sal dla takich chorych; obecnie lekarze obwodowi powinni odsyłać zakaźnych chorych do jednego z 4 szpitali miejskich, istniejących w gubernii. Osobnych sal dla zakaźnych chorych w obecnym lokalu urządzić nie było można: co zaś do odsyłania takich chorych do szpitali,

*) W ciągu całego roku studnia była zepsuta i wodę noszono z rzeki o wiorstę drogi.

miejskich, to staje tu na przeszkodzie ciężki zazwyczaj stan chorego, duża przestrzeń, którą musiałby przebyć, niechęć otoczenia do rozstania się z chorym, brak środków na wynajęcie koni. Słowem, dla więcej czy mniej słusznych powodów, chorzy zakaźni są pozbawieni racyonalnej pomocy. W prawdzie mogą oni korzystać z porady ambulatoryjnej i lekarstw, lecz taka porada nie jest dostępna dla ciężko chorych, a leki w tych razach są mało skuteczne. Mogą wprawdzie chorzy wzywać lekarza obwodowego do siebie do domu i otrzymywać lekarstwa na tych samych warunkach, co i przy osobistem ich zgłaszaniu się, lecz lekarz obwodowy przepracowany zazwyczaj przeróżnymi obowiązkami, jest w stanie zadosyć uczynić ledwie $^1/_{10}$ części takich wezwań. Odwiedzając chorego, lekarz się przekonywa, że jego rady co do odżywiania, dozoru, kuracyi nie są spełniane. Niemożność dania skutecznej pomocy chorym zakaźnym stanowi krzyczący brak będącej w mowie organizacyi. Taki stan rzeczy wywołuje narzekanie ludności, a wiele sprawia ciężkich chwil lekarzowi. Miasto powiatowe, jakiem jest Ciechanów, musi jaknajśpieszniej na szpital wynająć obszerniejszy i dogodniejszy lokal, albo zbudować odpowiedni gmach.

Nieposiadanie dokumentów legitymacyjnych w razach śpiesznych, albo przy dalekiej przestrzeni, z jakowej przybył chory, nie jest przeszkodą do przyjęcia. Również nieprzynależność do mieszkańców gubernii Płockiej niepozbawia chorego prawa korzystania z kuracyi w lecznicach, nie mówiąc już o prawie korzystania z porad i lekarstw.

Po rozpatrzeniu warunków, na jakich chorzy dostają się do szpitala, powiem słów parę o warunkach, w jakich się znajdują przyjęci. Przy rozpatrywaniu lokalu wskazałem już na jego wadliwości; nie dziw więc, że przy pełnym komplecie chorych brak im powietrza i że jest im zimno. Co do żywienia chorych, należy przedewszystkiem zaznaczyć, że wyznaczone z początku na żywienie chorego 12 kop. podniesiono obecnie do 15 kop. Ponieważ kosztorys przewiduje stale pełny komplet chorych, który przy wspomnianych ograniczeniach w przyjęciu chorych do lecznicy, zdarza się rzadko, więc z rubryki „żywienie chorych" zostają oszczędności używane do łatania innych pozycyi wydatkowych, przewyższających kwotę, przewidzianą kosztorysem, naprzykład: opał i światło. Prawo wydatkowania ponad ustanowioną normę na jeden z artykułów kosztorysu, kosztem drugiego, nadano Radom powiatowym, które udzielają takowego lekarzom obwodowym, mocą uchwały Rady gub. z lutego r. 1899.

Wobec *konieczności* czynienia takich oszczędności odżywianie chorych eo ipso musi być bardzo skromne. W obwodzie Ciechanowskim, w przeciągu czasu od Marca aż do Lipca r. 1901, żywienie jednego chorego kosztowało dziennie od 11,53 — 15,46 kop. zależnie od tej okoliczności, czy więcej czy mniej w danym miesiącu kupiono materyałów do opału i światła, bo te dwa artykuły, jako najwięcej korzystające z sum przeznaczonych na żywienie, również są umieszczone w „księdze żywności". Za te pieniądze chorym znajdującym się na zwyczajnej dyecie dawano dziennie około $^1/_2$ f. mięsa i 1 — $1^1/_2$ f. chleba żytniego (albo 3 bułki pszenne), około $^1/_2$ kw. mleka rano, i kubek herbaty z cukrem wieczorem; jako dodatki — trochę kaszy, kartofle, ja-

rzyny: buraki, kapusta, marchew, brukiew, fasola, groch. Ze specyalnych dyet stosowana jest dyeta ściśle mleczna. W dni postne mięso jest zastępowane głównie przez mleko. Jajka dawano chorym tylko w bardzo wyjątkowych razach. Dodam, że obwód Ciechanowski, jako posiadający szpital w mieście, pod względem żywienia chorych stoi wyżej od obwodów, których lecznice mieszczą się po wsiach; bowiem te lecznice muszą robić większe zapasy żywności, nieraz ulegające zepsuciu. Wobec małej kwoty przeznaczonej na żywienie chorych wybór potraw jest trudny, a ztąd również pożądane urozmaicanie niemożebne. Do trudności urozmaicania przyczynia się po części i pewne uprzedzenie chorych, tak. np. ogólnie nie lubią fasoli, przekładając nadewszystko kartofle z okrasą lub kluski. Rodzeństwo odwiedzające chorych zazwyczaj obdarowuje chorych produktami spożywczymi, najczęściej podejrzanej dobroci, w rodzaju taniej kiełbasy, tłuszczu, nawet, wprawdzie rzadko, wódki. Jednostajne i skąpe pożywienie szpitalne upoważnia niejako chorych do korzystania z tych przemycanych przysmaków — często ze szkodą dla ich zdrowia. Jedzenie dla chorych gotowane jest przez kucharkę, dostającą pensyi rb. 8, oprócz mieszkania i opału. Gospodarstwem i kuchnią rządzi akuszerka-felczerka, która od czasu do czasu z tej swej czynności daje sprawozdanie lekarzowi.

(d. c. n.)

Jak leczyć suchoty u ludu wiejskiego?

Podał Dr. **St. Łagowski** (z Radzymina).

Że gruźlica płuc zdarza się po wsiach daleko rzadziej, niż w miastach, tego dowodzą dane statystyczne zebrane dla wsi i miast Anglii i Prus. U nas, o ile mi wiadomo, dopiero w roku bieżącym Wydział przeciwgruźliczy Warsz. Tow. Hyg. zajął się ich zbieraniem, ale przez analogię z góry można być pewnym, że te dane przedstawią się w ten sam sposób, a za najgłówniejszą przyczynę tego faktu poczytywać należy okoliczność, że lud wiejski znajduje się w warunkach na ogół zdrowotniejszych, niż niższe klasy społeczne miast. Bo choć i po wsiach napotykamy czasami znaczne skupienie ludności, takie, że na izbę przypada po 5 i więcej osób, to jednak długie przebywanie od wczesnej młodości na otwartem powietrzu, praca fizyczna i więcej odpowiadająca zdrowiu odzież chronią lud wiejski od wielu chorób, przyzwyczajają go do wielorakich szkodliwości, a w razie choroby czynią wytrzymalszym i wobec dorywczych nawet zabiegów leczniczych dają częstokroć nadzieje pomyślnego wyniku leczenia.

Z pracy, jaką w r. 1899 w № 4 „Czasopisma lekarskiego“ p. t. „W kwestyi panujących u nas endemii“ ogłosił kol. Szymon Klarner, widać, że w niektórych miejscowościach Królestwa Polskiego suchoty wśród ludu wiejskiego są o wiele częstsze, niż w innych. Dla czego tak jest, na pewno powiedzieć nie można. Zdaje się tylko, że grają tu rolę z jednej strony warunki klimatyczne — miejscowości wilgotne, obfitujące w bagna, moczary, mgły, nawiedzane często wylewami rzek, wykazują o wiele większy procent chorych na gruźlicę płuc, — z drugiej znów, warunki ekonomiczne. Te ostatnie są o wiele ważniejsze, niż pierwsze, suchoty bowiem, chociaż nie oszczędzają i pałaców bogaczów, zdaniem wielu wybitnych powag naukowych, są przeważnie chorobą biedaków.

Otóż, i pomiędzy ludem wiejskim chorzy gruźliczy rekrutują się głównie ze sfer włościan bezrolnych lub małorolnych t. j. tych, którzy żyją w najnieszczęśliwszych warunkach hygienicznych. Rzecz prosta, że ludzie ci, w razie choroby ojca rodziny lub którego z jej członków, najczęściej z powodu braku środków, nie szukają pomocy lekarskiej, a radzą sobie domowymi, t. z. ludowymi środkami, zalecanymi zwykle przez zamieszkałych w każdej prawie wiosce znachorów i baby.

Suchoty, zwane u ludu inaczej *wychudnięciem*, *schnięciem*, lub *złudnicą piersiową* mają powstawać z zaziębienia. O ich zaraźliwości lud jest mocno przekonany. Rozróżnia on różne rodzaje wychudnięcia, gdyż, zdaniem ludu, *suchoty mają dziewięć wierzchołków*. Nadto, rozróżniane bywają jeszcze suchoty światowe i śmiertelne. Pierwsze są uleczalne, na drugie niema lekarstwa. Suchoty w młodszym wieku są groźniejsze i prędzej powodują śmierć, aniželi suchoty po 30 roku życia.

Z niezliczonej ilości środków i zabobonnych praktyk, jakich lud używa przeciwko różnym objawom suchot, a jakie Dr. Maryan Udziela w dziełku swem p. t. „Medycyna i przesądy lecznicze ludu polskiego“ dokładnie zestawił, by czytelnikom „Czasopisma“ dać jakie takie o nich pojęcie, wymienię w tem miejscu tylko pierwsze.

I tak, przeciwko *samemu wychudnięciu* mają dobrze skutkować odwary z macierzanki i hebdu (Sambuccus ebulus), z przetocznika lekarskiego (Veronica offic.), z ziela, zwanego wszą, a rosnącego na bagnach, z liści podbiału, z wołczuchy (Geranium pratense) i z bratków. Następnie, radzą pić nastój z młodej ruty na wódce, lub kawę z palonego jęczmienia i jeść wiele buraków i marchwi. Wreszcie, w powszechnem użyciu są ciepłe kąpiele z macierzanki i hebdu, z głąbi kapuścianych, odwaru liści bani, z suszonego prochu siana, z pomyj i ze świńskiego gnoju świeżego i lipowych latorośli, razem ugotowanych.

Krwioplucie i krwotoki płucne usuwać można za pomocą odwaru barwnika (Millefolium off.) lub barwinka (Vinca major), albo li też mieszaniny szakłaku (Rhamnus frangulus) z kwaterką masła, kwaterką miodu i pół kwartą mleka.

Kłucie w boku i ból w piersiach leczone są wewnętrznie i zewnętrznie. Do wewnątrz podaje lud mleko gotowane z czosnkiem i odwary z liści i korzeni żywokostu, mchu, maronki (Matricaria parthenium), zewnątrz zaś stosuje okłady z macierzanki, owsa, zakrapianego octem, kaszy, piasku. Okład powinien być tak gorący, jak tylko chory wytrzymać to może, przytem okład taki należy pokryć bawełnianą chustą, a gdy wystygnie, ogrzać do 3 razu. Skóra po zdjęciu okładu powinna być posmarowana masłem lub innym jakim tłuszczem.

Gorączkę, zdaniem ludu, mają skutecznie uśmierzać ulepki z rabarbaru lub cebuli, jako też i okłady na głowę z mleka zsiadłego.

Kaszel uważany jest za chorobę samoistną i jako taka leczony. Przeciw niemu używa lud odwarów ze ślazu, perzu, pierwiosnka łuszczaka (Primula auricola), kwiatów dziewanny, lawendy, dalej z rumianku, kwiatu bzowego i lipowego i jagódek bzowych. Dobrze też jest na kaszel pić oliwę, lub wodę z cukrem, a najlepiej ciepłe mleko, dodając na szklankę kilkanaście kropel łoju koziego lub łoju zwyczajnego ze świecy. Wreszcie, gdy środki powyższe pozostają bez skutku, należy pić przetopione sadło psie, kozie, lub też borsucze.

Jeżeli się zastanowimy nad wymienionymi środkami, to się okaże, że większość z nich nie może mieć żadnego wpływu na przebieg choroby, inne znowu wywierają wpływ przeważnie ujemny. To też, gdy tak leczony niezamożny chłop wpadnie przypadkiem w ręce lekarza, znajdujemy zwykle chorobę już daleko posuniętą.

Cóż mamy wtedy robić? Co do mnie, ograniczam się na podawaniu następujących rad. Przedewszystkiem, zalecam codzienne wycieranie całego ciała wodą, co raz niższej ciepłoty, samą, lub też — wodą pół na pół z octem; następnie, zabraniam wszelkich większych wysiłków fizycznych, a natomiast nakazuję spoczynek w łóżku, w dobrze przewietrzanej chacie, a jeżeli pora jest letnia, to siedzenie lub też leżenie na otwartem powietrzu, najlepiej na płachcie, rozwieszonej pomiędzy drzewami, w ogrodzie lub lesie. Szczególną uwagę zwracam na pożywienie, wymieniając proste, lecz posilne środki żywności, do których zaliczam: ryby i tańsze gatunki mięsiwa, rośliny strączkowe (groch i bób), ryż, mannę, mleko, masło, słoninę i t. d. Wreszcie, przepisuję pewne leki apteczne, skierowane ku usunięciu najgroźniejszych objawów choroby.

Nietylko jednak u biednych chłopów, ale i u najbogatszych, i nawet we wczesnych okresach choroby, zdaniem mojem, nie pozostaje nic innego do czynienia. Dorywczego tego sposobu postępowania nie możemy uważać za leczenie suchot. Leczenie to, jak wiemy, wobec panujących dzisiaj zasad, wymaga przedewszystkiem w y ł ą c z n e g o k i e r u n k u l e k a r z a, gdyż i najlepsze przepisy hygieniczne wtedy będą przez chorych wypełniane, jeżeli będą ściśle kontrolowane. Na kontrolę taką, przy braku w naszym kra-

ju nietylko specyalnych zakładów leczniczych, ale i zwykłych szpitali, przy znacznej nieraz odległości miejsca zamieszkania chorego od lekarza w domu własnym, nawet i najzamożniejszy wieśniak nie jest w stanie sobie pozwolić. To też o racyonalnem leczeniu suchot u ludu wiejskiego w dzisiejszym stanie rzeczy ani mowy być nie może i zapewne na długo jeszcze pozostanie ono trudnem do osiągnięcia marzeniem.

Jednakże i tu rąk opuszczać nie należy — jeżeli nie możemy racyonalnie leczyć suchoty u ludu, to powinniśmy przynajmniej starać się im zapobiegać, a w tym kierunku, przy dobrej woli jednostek nawet i w dzisiejszych warunkach wiele zdziałaćby można.

Najpierw starać się trzeba, by, o ile można, w każdej wiosce urządzone zostały zakłady kąpielowe, w którychby lud bezpłatnie lub za bardzo tanią cenę mógł dostawać o każdej porze dnia i roku ciepłą lub zimną kąpiel; zakłady takie, jak to wykazują niektóre dokumenty historyczne, przed wiekami w kraju naszym były bardzo liczne i żałować tylko wypada, że tak pożyteczny zwyczaj nie utrzymał się dotychczas. Następnie, troszczyć się należy o podniesienie odżywiania się ludu naszego; w tej sprawie ostatnimi czasy zabierały już nieraz głos nasze pisma ludowe, zalecając np. zastępowanie kartofli, którymi lud prawie wyłącznie się żywi, przez groch i bób, a głos ten odbił się echem u ludu, jak o tem świadczą odpowiedzi włościan do pism; o wiele więcej jednak niż pisma, mogłyby tutaj dopomódz osiadłe po wsiach inteligentne jednostki, wyjaśniając ludowi wartość pożywną rozmaitych pokarmów i sposoby ich przygotowywania. Wreszcie, wszelkimi możliwymi sposobami pouczać należy lud wiejski o szkodliwych skutkach pijaństwa. Ale najdzielniejszym środkiem zapobiegawczym mogłyby być zakłady lecznicze dla suchotników czyli sanatorya, nawet i bardzo małe, chociażby na 10 łóżek tylko, ale za to liczne i rozrzucone w wielu punktach kraju. Z myślą budowy tego rodzaju zakładów dla swych pracowników noszą się—podobno—zarządy niektórych naszych dróg żelaznych, a za ich przykładem poszłyby chyba i inne instytucye przemysłowe. Lud wiejski, zamieszkały wśród takich zakładów, stykając się codziennie z ich wychowańcami, lub też obcując z nimi wtedy, gdy już opuszczą zakład, zaznajamiałby się z najprostszymi i najmniej kosztownymi przepisami hygienicznymi, i w ten sposób zasady hygieny krzewiłyby się pomiędzy ludem i to nietylko teoretycznie, ale, co ważniejsza, praktycznie, a wdrożenie się do owych zasad od samego dzieciństwa i sumienne ich wypełnianie, zdaniem słynnych specyalistów w dziedzinie chorób płucnych, stanowi najsilniejszą ochronę przeciwko szerzeniu się gruźlicy.

Ze szpitala imienia małżonków Poznańskich w Łodzi.

Dwa przypadki tyfusu brzusznego o 2 recydywach

Podał Dr. **Henryk Rosenthal.***)

W przebiegu duru brzusznego w okresie wyrówniania, w chwili, kiedy stan chorego znacznie się już poprawił, albo w okresie zdrowienia, następuje niekiedy nagły powrót wszystkich, lub niektórych, objawów tyfusu. Przyczyną pogorszenia bywają błędy w pożywieniu, zbyt wczesne wstawanie, wreszcie — powikłania; zdarza się wszakże, że niepodobna wykryć przyczyny pogorszenia. Jeżeli te objawy powracają w czasie, kiedy gorączka jeszcze niezupełnie opadła, mówimy o obostrzeniu tyfusu; jeżeli zaś występują po zupełnym spadku gorączki, wtedy mamy do czynienia z n a w r o t e m (recydywą) choroby. Od nawrotów i zaostrzeń trzeba jeszcze odróżniać tak zwaną gorączkę Biermer'a, t. j. nieznaczne i krótkotrwałe (dzień lub dwa dni) podniesienie się gorączki podczas zdrowienia.

Powstanie nawrotów większość klinicystów tłómaczy w ten sposób: po przebyciu tyfusu brzusznego laseczniki tyfusowe mogą przez pewien czas żyć w gruczołach kiszkowych lub chłonnych, ale wskutek słabego rozmnażania się niedostają się do obiegu krwi; przy sprzyjających okolicznościach żywotność laseczników wzrasta, wtedy zaczynają one rozmnażać się, przedostają się do obiegu krwi i takim sposobem wywołują nawrót cierpienia. Błędy w pożywieniu, zbyt wczesne wstawanie i t. d. mogą tylko przyśpieszyć wystąpienie recydywy, ale nie są jej przyczyną. Recydywy występują w 3 do 40 dni (w jednym przypadku niżej opisanym po 57 dniach) po zupełnem ustąpieniu gorączki i charakteryzują się wszystkimi lub niektórymi objawami tyfusu brzusznego. Przy rozpoznawania nawrotu trzeba pamiętać o rozmaitych powikłaniach, które, wywołując powiększenie ciepłoty, mogą symulować recydywę. Nawroty najczęściej występują po lżejszych przypadkach tyfusu; gorączka albo wznosi się stopniowo i dosięga maximum na 3 lub 4 dzień, albo zaczyna się odrazu od dreszczu i już pierwszego dnia dochodzi do maximum; różyczka występuje prawie zawsze, czasami jest więcej obfita niż w pierwotnej chorobie; nawrot trwa podług B i e g a ń s k i e g o, od 6 do 22 dni; powrót do zdrowia bywa tu najczęstszem zejściem, śmierć zwykle jest następstwem wyczerpania serca. Jedni (L i e b e r m e i s t e r, W e i l) rozpoznają nawrot

*) Czytane w Tow. Lek. Łódzk. d. 2. X. 01.

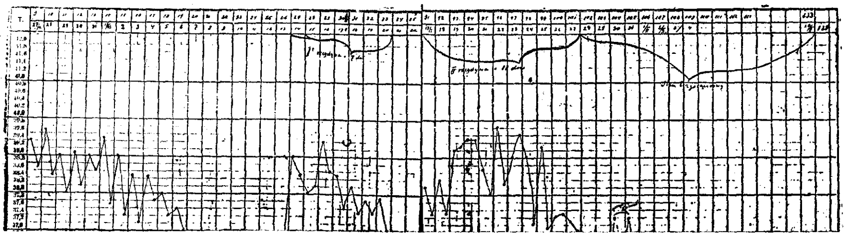
z obecności co najmniej dwu kardynalnych objawów tyfusu, drudzy (Podanowski) z trzech. Fleischl utrzymuje, że w przypadkach wątpliwych obecność różyczki decyduje. Biegański dla rozpoznania nawrotu wymaga, oprócz wykluczenia wszelkich zm.an miejscowych, wykroczeń w dyecie i t. d. obecności gorączki i szybkiego powiększenia śledziony. Zwykle przy tyfusie brzusznym mamy do czynienia z jednym tylko nawrotem, zdarzają się jednak przypadki o 2 recydywach, jescze rzadziej o 3 lub 4. Steinthal na 539 przypadków tyfusu widział jeden tylko przypadek o 2 recydywach. Ziemssen na 832 tyfusowych miał 6 przypadków o 2 recydywach i jeden o 3. Biegański i Charas obserwowali po jednym przypadku tyfusu brzusznego o 3 recydywach, Halopeau — o 4. Podanowski na 1554 chorych miał tylko 2 przypadki o 2 recydywah.

Na oddziele tyfusowym w szpitalu im. małż. Poznańskich w ciągu ostatnich 5 lat było 638 chorych tyfusowych; wśród nich mieliśmy tylko 2 przypadki tyfusu o 2 nawrotach. Niezmierna rzadkość podwójnej recydywy skłoniła mnie do podania krótkich historyi choroby tych przypadków.

I-szy przypadek. G. G., lat 27. Chory opowiada, że 18 Października 1900 r. wśród zupełnego zdrowia dostał dreszczów i bólu głowy, potem uczuł zawrót głowy i bardzo silne osłabienie. Przez pierwsze kilka dni leczył się w domu, 9-go dnia choroby wstąpił do szpitala. Przy pierwszem badaniu znaleźliśmy u chorego co następuje:

$^{27}/_{x}$ —język dość suchy, obłożony; chory narzeka na silne pragnienie i brak łaknienia; stolce obfite i rzadkie; w okolicy kiszki ślepej wyraźne przelewanie, bolesność przy dotyku; brzuch nieco wzdęty; różyczka obfita na brzuchu i piersiach; śledziona niepowiększona. Nieznaczny nieżyt oskrzeli. Objawów mózgowych brak- Ciepłota—$\frac{\text{w. } 39.4}{\text{r. } 38.7}$. Tętno dwubitne, 108. Nazajutrz ($^{28}/_{x}$) ciepłota $\frac{39.7}{38.5}$. T. 120. Badanie moczu: ciężar właściwy 1020; białko w ilości $^{1}/_{5}$ $^{0}/_{00}$; osad zawiera nieliczne leukocyty i czerwone ciałka krwi; wałeczków niema. Najwyższy stopień gorączki był 10-go dnia choroby (39.7); od tego czasu stan chorego stopniowo poprawiał się; 19-go dnia choroby t. j. 6 listopada, ciepłota doszła do normy. Przez cały ten czas ani razu nie zauważyliśmy powiększenia śledziony. Od 6-go do 13-go listopada chory niegorączkował i stopniowo wracał do zdrowia. 14-go listopada chory bez żadnej widocznej przyczyny zaczął gorączkować i wieczorem tego samego dnia miał już 39^{0}, nazajutrz z rana ciepłota 38.5. T. 102; śledziona wyczuwa się o 3 palce niżej łuku żebrowego, bardzo bolesna na dotyk. Z innych objawów nazajutrz zauważyliśmy wysypkę, która tym razem była mniej obfita, ból w okolicach prawego dołu biodrowego. Nawrót trwał 7 dni i 20-go listopada wieczorem ciepłota była znów nor malna. Pomimo spadku ciepłoty do normy chory przez 3 tygodnie nie mógł odzyskać sił; codziennie narzekał na ogólne osłabienie

i brak łaknienia. W okolicy kości krzyżowej i na piętach zauważyliśmy odleżyny, które w przeciągu 6 dni zagoiły się. Szczególną uwagę zwracało powiększenie śledziony, które trwało przez cały czas okresu zdrowienia.



17 stycznia 1901 r. wieczorem, po długiej przerwie chory zaczął ponownie gorączkować i od tego też czasu rozpoczął się drugi nawrót, który trwał 11 dni; tym razem gorącka wznosiła się stopniowo i dosięgła maximum na 6 dzień; z typowych objawów zanotowano powiększenie śledziony, różyczkę i znaczne zaburzenia ze strony kanału pokarmowego (silne rozwolnienie); 27 stycznia ciepłota per lysin spadła do normy. Od tego dnia chory stopniowo zaczął wracać do zdrowia i 28 lutego wypisał się ze szpitala zupełnie zdrowym; w szpitalu chory ten pozostawał 125 dni.

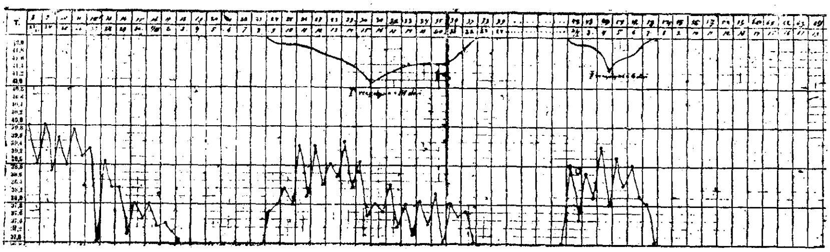
Oprócz dwóch nawrotów przypadek ten zasługuje na uwagę i z tego powodu, że czas bezgorączkowy między pierwszą redycywą a drugą trwał bardzo długo, a mianowicie 57 dni.

II-gi przypadek. G. K. lat 15, tkacz; wstąpił do szpitala na oddział tyfusowy 23 listopada 1899 roku; zachorował 16 listopada przy objawach bólu głowy, krwawienie z nosa i małych, często powtarzających się, dreszczów. Przy pierwszem badaniu znaleźliśmy u chorego co następuje: język obłożony, suchy, popękany; brzuch trochę wzdęty; chory narzeka na częste zaparcie stolca, które trwa od samego początku choroby; ból w okolicy biodrowej prawej przy ucisku znaczny; różyczka ogranicza się do kilku plamek na piersiach i plecach; powiększenie śledziony zauważyć się dało dopiero 3-go dnia po przyjęciu chorego do szpitala; chory stale apatyczny czasem nieprzytomny, wieczorami bredzi. Słaby szmer przy wierzchołku serca; ciepłota $\frac{40.0}{39.0}$; tętno 120, drobne. Ciepłota następnego dnia $\frac{40.0}{39.8}$. T. 120. 27 listopada zrana ciepłota nagle spadła do normy, ale wieczorem tego samego dnia znowu podniosła się do poprzedniej wysokości; od tego czasu gorączka miała przebieg prawidłowy, 3-go grudnia doszła do normy; 4-go grudnia rozpoczął się okres zdrowienia.

Stan ten trwał do 9 grudnia; wieczorem tego samego dnia znowu gorączka (początek pierwszej recydywy), która na 3 dzień doszła do maximum (39.5); przy badaniu chorego wtedy znaleźliś-

my znaczne powiększenie śledziony, obfitą różyczkę na plecach, brzuchu i górnych kończynach, biegunka (10 — 12 wypróżnień dziennie); 1-a recydywa trwała 14 dni; $^{23}/_{XII}$ stan bezgorączkowy. Od $^{23}/_{XII}$ do $^{2}/_{I}$ 1900 r. t. j. w przeciągu 10 dni chory nie gorączkował wcale, żadnych powikłań nie było.

$^{2}/_{I}$ chory, który chciał się już wypisać ze szpitala, nagle dostał dreszczów, później gorączki, która wieczorem tego samego dnia



doszła do 39⁰; był to początek 2-go nawrotu, który trwał tylko 6 dni. Śledziona, która przez cały czas zdrowienia po pierwszej recydywie wcale się nie wyczuwała, znowu nabrzmiała; na drugi dzień zauważyliśmy u chorego dość znaczną różyczkę; z innych objawów zanotowano: ból w prawym dole biodrowym i dosyć znaczne wzdęcie brzucha. Ponieważ żadnych powikłań po pierwszej recydywie, jak również innych przyczyn, mogących wywołać powiększenie ciepłoty, nie było, to przy obecności tych kilku objawów śmiało mogliśmy dyagnozować wystąpienie 2-go nawrotu; 8 stycznia rozpoczął się okres zdrowienia po 2-ej recydywie i 18 tego miesiąca chory wypisał się ze szpitala, przebywszy w szpitalu 57 dni.

Towarzystwa Lekarskie

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie z d. 20 Listopada 1902 r.

1. Kol. Pański przedstawił 45-letniego chorego z drżączką, żonatego i mającego 3 zdrowych dzieci Nadużyć nie było. Cierpienie bez żadnych jakoby powodów wystąpiło przed ½ rokiem i wciąż się pogarsza; polega ono na drżeniu mięśni pr. koń. górnej, przeważnie palców, dłoni i przedramienia. Twarz ma wygląd maski. Głos monotonny, mowa prawidłowa (przy dłuższej rozmo-

wie—duszność). Czucie wszędzie prawidłowe. Zwieracze w porządku. Odruchy ścięgnowe zachowane. Brak stygmatów histerycznych. Brak wskaziciela prawej ręki, przed 30 laty usuniętego z powodu zmiażdzenia (jedna z przyczyn wywołujących drżączkę). Drżenie jest powolne (3 — 4 na sekundę),rytmiczne, stale jednakowe (stereotypowe) i występuje nieznacznie przy zginaniu ręki, o wiele silniej przy zginaniu i wyprostowywaniu palców prawej ręki; ruchy są bardzo podobne do wykonywanych przy robieniu pigułek. Drżenie trwa ciągle, również przy spokojnem zachowaniu się, ustaje podczas snu, powiększa się, gdy chory jest wzruszony lub obserwowany. Przy usiłowaniu wykonywania ruchów pr. r. drżenie na chwilę ustępuje, potem zjawia się w tej samej formie i sile. Przy ruchach biernych pr. k. g. nieznaczny, ale stały, opór mięśniowy, który również wyraźny jest na lewej kończ. górnej. Wystąpienie cierpienia w 45 roku życia, rodzaj drżenia, opór mięśniowy przy ruchach biernych, a także brak objawów, właściwych rozsianemu stwardnieniu mlecza pacierzowego i maciennictwu, pozwala prawie z pewnością postawić rozpoznanie drżączki.

2. Kol. Sterling mówił „O działaniu namocznem teobrominy czystej“ (p. str. 20).

3. Kol. Przedborski wygłosił rzecz p. t. O ropnych cierpieniach zatok, przylegających do jamy nosowej, i o leczeniu tych cierpień (cz. 1.)

W dyskusyi wzięli udział koledzy Krusche i Rząd.

4. Kol. Krusche pokazał 2 preparaty wola, z pomyślnym wynikiem operowanego u 17 i 19 letniej kobiet.

5. Kol. Rząd przedstawił obie szczęki, które u 3 letniej dziewczynki w przebiegu duru brzusznego z powodu zgorzeli zostały usunięte.

W dyskusyi wziął udzlał kol. Goldman.

Posiedzenie z d. 4 Grudnia r. 1901.

1. Prezes przeczytał sprawozdanie posiedzenia Zarządu zawierające budżet na rok 1902.

2. Bibliotekarz przedstanił budżet biblioteczny na r. 1902.

3. Prezes zakomunikował list Dr. Nenckiego, wyrażający podziękowanie za przyjęcie przez Towarzystwo udziału w pogrzebie Prof. Dr. M. Nenckiego.

4. Prezes zawiadomił, że sekretarz, opierając się na § 9 Dz. II Regulaminu, prosi o niewybranie go na r. 1902 na urząd, z powodu braku czasu.

5. Kol. Goldman mówił o przypadku śmierci po tracheotomii wskutek krwotoku będącego wynikiem pęknięcia tętnicy bezimiennej. Dziecko miało odleżynę tchawicy.

W dyskusyi kol. M. Cohn zaznacza, że krwawienie nie zawsze przemawia za odleżyną, gdyż krwawa domieszka w wydzielinie z rurki zjawia się po oddzielaniu się błon dyfterytycznych.

6. Kol. Przedborski wygłosił 2-ą część odczytu „O ropnych cierpieniach zatok, przylegających do jamy nosowej.“

7. Kol. Szayerowicz mówił „O dyetetycznem leczeniu cierpień przewodu pokarmowego u dzieci.“ S. zwrócił uwagę na dwa najwięcej zasługujące na rozpowszechnienie środki dyetetyczne: mączkę Kufekego i ramogen Biederta, którymi w kilkudziesięciu zaniedbanych przypadkach posiłkował się z dobrym skutkiem. Mączki Nestle'a, najwięcej u nas rozpowszechnionej, jako zawierającej znaczną ilość krochmalu, nie radzi używać w pierwszej połowie roku, a szczególnie w pierwszych trzech miesiącach życia. Następnie S. zaleca wprowadzić w użycie specyalne flaszki do karmienia, podzielone na gramy i ułatwiające oryentowania się co do ilości spożywanego pokarmu.

W dyskusyi wziął udział kol. Rundo.

Posiedzenie z d. 18 Grudnia 1901 r.

1. Kol. Fankanowski przedstawił chorego, dotkniętego rzadkiem cierpieniem jamy ust—papillomata multiplicia.

Pacyent, lat 17, miernej budowy ciała, nędznie odżywiany, od 2 miesięcy począł doznawać w ustach nieprzyjemnego uczucia odrętwienia. Przy badaniu widzimy, że prawie $^1/_3$ powierzchni błony śluzowej jamy ust pokryta jest bardzo gęsto usianemi naroślami w postaci brodawczaków. Przeważnie dotknięta jest prawa połowa jamy ust, lecz pojedyncze guzy widzimy i na całej powierzchni języka i twardego podniebienia. Zewnętrzny wygląd owych narośli zupełnie przypomina szyszkowiny stożkowate prącia. Etyologia w przytoczonym przypadku pozostaje zagadkową.

2. Kol. Krusche przedstawił 63 letnią kobietę, której przed 4 miesiącami usunął całą lewą szczękę górną z powodu raka w zatoce Highmora. Rezultat dotychczas dobry. Ogólny stan znakomicie się poprawił. Nawrotu dotychczas niema. Z zewnątrz tylko kilka niezbyt głębokich bruzd zdradza brak kostnej podpory policzka.

3. Kol. Saks demonstrował chorą, dotkniętą zboczeniem narządów płciowych: L. K., 35 lat licząca, zgłosiła się do kol S. ze skargami na niepłodność i silne bóle przed i podczas miesiączkowania. Zamężna 5 lat, przed 4 laty ronila w 3 mies. ciąży. Przy badaniu okazuje się, że chora ma dwa otwory prowadzące do dwu oddzielnych pochw, rozdzielonych jedna od drugiej całkowitą ścianą; w każdej pochwie znajduje się oddzielna, dobrze rozwinięta, szyjka maciczna, łatwo przepuszczająca zgłębnik maciczny. Przy pociąganiu kulociągiem ku dołowi jednej szyjki macicznej druga cofa się w znacznym stopniu tak, że trudno ją dosięgnąć. Trzon macicy jest jeden, w dość znacznem tyłopochy-

leniu. Obie pochwy są dość szerokie (bez bólu udaje się wprowadzać wziernik Majera średniej wielkości); spółkuje przez oba otwory. Miesiączka co 4 tygodnie, wyciek z obu stron ustaje zawsze jednocześnie.

4. Kol. Goldman przedstawił 26-letniego Leona B., szewca z zawodu, stale mieszkającego w Łodzi. Chory skarży się na ogólne osłabienie, dreszcze i ropienie z jamy ustnej; trwa to 6 dni. 4 tygodnie temu miała miejsce podobna sprawa, poczem pękł ropień od strony skóry pokrywającej prawy policzek — pozostała dotychczas przetoka. Chcąc się jej pozbyć, udał się do dentysty, który zalecił usunięcie chorych zębów jednej prawej szczęki, po usunięciu jednego z nich wystąpił obecny obraz chorobowy.

Leon B. choruje ua zęby od lat kilkunastu — w przybliżeniu dziesięciu. Przed 3 miesiącami po raz pierwszy uległ opuchniąciu prawego policzka przy ogólnych takich samych objawach co teraz. Żonaty od lal dwóch ; lues, abusus in Baccho negat; w wojsku nie służył z powodu braku odpowiedniej ilości zdrowych zębów; pochodzi ze zdrowej rodziny. Dziecko miał jedno — zmarło w pierwszych miesiącach życia.

Słusznego wzrostu i dobrej budowy, odżywianie średnie, blady. Prawy policzek zniekształcony: w okolicy dołu kłowego (fossa canina) wzniesienie pokryte zaczerwienioną obrzękłą skórą z wyraźnem chełbotaniem; badanie w tej okolicy bolesne; na wewnątrz od wzniesienia—wgłębienie skóry, bliznowato zmienionej i zrośniętej z głębiej leżącą kością szczęki górnej; widoczne ślady dwu zagojonych owrzodzeń. Ze strony jamy ustnej obfite ropienie: ropa, o charakterze wyraźnie śluzowym wypływa—szczególnie przy ucisku na wzniesienie ze strony odpowiedniego policzka — z otworu na błonie śluzowej ust, tcż u podstawy korzeni pierwszego prawego górnego trzonowego zęba; zgłębnik wprowadzony do tego otworu dąży do skóry policzka prawego. Zębostan prawej górnej szczęki nader zły: brak korony pierwszego i drugiego trzonowego dużego zęba — jak również korony dwu małych trzonowych i kła.

Szczękościsk w znacznym stopniu.

G. przedstawił chorego dla klasycznego obrazu klinicznego, który powinien nasunąć rozpoznanie promienicy; badanie drobnowidzowe nie było jeszcze dokonane, gdyż chory przyszedł przed dwiema dopiero godzinami.

5. Kol. Koliński wygłosił odczyt p. t. W 50 letnią rocznicę wynalezienia wziernika ocznego; o postępach w okulistyce od tego czasu. (Nie nadaje się do streszczenia).

6. Kol. M. Cohn pokazał preparat torbieli skórzastej, wyjętej u 12 letniej dziewczynki.

7. Kol. Krusche przedstawił preparat wyrostka robaczkowego, mającego długości 8 cm., nieprzedziurawionego.

Chory 32 letni przed 6 miesiącami po raz pierwszy uległ bólom w okolicy biodrowej prawej i zaparciu. Nawroty powtarzały się coraz częściej. Przy badaniu stwierdzono zap. wyr. robaczkowego. Przy operacyi po odłuszczeniu, względnie odcięciu, zrośniętych z wyr. rob. pięciu pętli kiszkowych pokazało się, że nowo-utworzona wskutek zapalenia naokoło wyr. rob. tkanka formowała jeszcze guz wielkości orzecha włoskiego. Operowany wyzdrowiał.

8) Bibilotekarz wymienił ofiarowane Tow. książki i zaproponował, aby duplikaty podarować towarzystwu Lekarskiemu Częstochowskiemu, na co obecni się zgodzili.

REFERATY

R. Friedlaender. **Wstęp do terapii fizykalnej.** Pod nazwą leczenia fizykalnego rozumiemy systematyczne stosowanie w celach leczniczych pewnych bodźców na powierzchnię skóry; zależnie od rodzaju bodźców mówimy o mechano-terapii, hydro,-termo,-elektro- i balneo-terapii, wreszcie o terapii rewulsywnej. Zaliczają się tu inne jeszcze sposoby, w których bodziec działa nie na skórę a na śluzówkę narządów oddychowych, — wreszcie takie, gdzie bodziec źródło swe ma w jednym z narządów ustrojów, np. w ośrodkowym układzie nerwowym, jak to np. w leczeniu gimnastyką czynną, lub z oporem widzimy.

Bodźce działają na ustrój najczęściej za pośrednictwem narządów zmysłowych; każdy bodziec wywołuje podrażnienie, wskutek czego w odpowiednim narządzie zachodzi przemijająca zmiana, względnie praca, której wielkość bynajmniej nie odpowiada napięciu bodźca, lecz zależy od ilości siły napiętej ujawniającej się dzięki podrażnieniu; przyczem szczególną rolę odegrywa układ nerwowy; on to bowiem działanie bodźców tudzież wrażeń czuciowych przenosi na daleką metę i wywołuje odczyn w narządach oddalonych.

Ogromne znaczenie, jakie podrażnienia wywierają na przebieg zjawisk fizyologicznych w ustroju, oddawna naprowadziło na myśl posługiwania się niemi w celach leczniczych bądź dla podniecenia lub zwiększenia, bądź dla zmniejszenia wrażliwości tudzież czynności pewnych narządów. Właściwie mówiąc, cała farmakoterapia jest niczem innem, jak zastosowaniem w celach leczniczych bodźców, stosunek zaś, jaki zachodzi między lekiem a narządem lub ustrojem, sprowadza się do reagowania ostatniego na pierwszy. Wobec takiego pojmowania farmakoterapii szczególnego znaczenia

nabiera sformułowane przez Arndt'a prawo biologiczne, które głosi: małe bodźce wzniecają czynności życiowe, średnie pobudzają je, silne zaś hamują lub znoszą; wszakże działanie tych bodźców całkiem od warunków indywidualnych zależy.

O ile rzecz dotyczy narządu chorego, a więc zostającego w stanie wzmożonej pobudzalności, prawo to zmodyfikować należy, albowiem odczyn w tych razach bywa daleko większy, wskutek czego już nawet słabe bodźce nabierają znaczenia silnych. Na szczególną jednak uwagę zasługuje ta okoliczność, że każdy reaguje na wszelkie podrażnienie tylko w taki sposób, jaki raz na zawsze jego budowa anatomiczna tudzież funkcye fizyologiczne zakreśliły.

Między farmakoterapią a leczeniem fizykalnem istnieje daleko więcej punktów stycznych, niż to się powszechnie przypuszcza. Różne są wprawdzie rodzaje bodźców tudzież miejsca, na które takowe działają, gdy bowiem w farmakoterapii rezorbcya leków odbywa się w przewodzie pokarmowym lub w tkance podskórnej, leczenie fizykalne za teren swych wpływów wybiera przeważnie powierzchnię skóry, skąd dopiero bodźce rozchodzą się dalej, sprowadzając odczyn w całem ciele. Ale pomimo tej różnicy narząd, na który podziałał bodziec, niezależnie od jego natury, reaguje zgodnie z przytoczonem wyżej prawem Pflüger-Arndta, które przeto powinno nam służyć gwiazdą przewodnią w dozowaniu bodźców, nakazując zmniejszenie napięcia takowych wszędzie tam, gdzie mamy do czynienia z narządem schorzałym.

Zwłaszcza dobitnie ujawnia się analogia między farmakoterapią a leczeniem fizykalnem na metodzie rewulsywnej; to co farmakoterapia osiąga, stosując środki podrażniające skórę, leczenie fizykalne wywołuje za pomocą pędzelka elektrycznego, żegadła Pacquelin'a, energicznego działania zimna lnb ciepła. Błądzą przeto srodze ci, co usiłują dowieść, że dwie te metody nic ze sobą wspólnego nie mają — ba! przeczą jedna drugiej. Na szczęście tak nie jest: farmakoterapia i leczenie fizykalne stanowią jedną harmonijną całość, odpowiadają bowiem jednakowym poglądom lekarskim i podlegają tym samym prawom i dla tego to właśnie wykład ich powinien całkowicie wchodzić w zakres terapii ogólnej.

Niestety, w dobie dzisiejszej lecznictwo fizykalne stanowi pewien rodzaj całkiem odrębnych specyalności; wprawdzie ma to swe dobre strony, wytwarza bowiem, że się tak wyrażę, mistrzów swego rodzaju, którzy atoli nieuniknienie popełniać muszą błędy nieodłączne od wszelkiego zasklepienia się w pewnej jakiejś metodzie. Dążeniem naszem powinno być skupienie pojedyńczych sposobów w jedną całość. W tym kierunku szczególnie ważne są prace Goldscheider'a, który dowiódł, że rozmaite bodźce fizykalne posiadają jednakowe działanie, że przeto rozmaite sposoby leczenia fizykalnego właściwie jedną stanowią całość. Ściśle rzecz biorąc, nazwa „leczenie fizykalne“ jest nieodpowiednia, obejmuje bowiem takie zabiegi, które, właściwie mówiąc, fizykalnego działania posiadają ma-

ło lub wcale. Pomimo to godzi się nazwę powyższą zachować, choćby dla tego, że lepszej nie posiadamy.

W terapii fizykalnej odróżniamy 5 głównych grup bodźców:

1) bodźce termiczne, zależne od działania zimna lub ciepła; nazwę tu: klimatoterapia, leczenie zimną wodą w jego najrozmaitszych postaciach, miejscowe lub ogólne zastosowanie ciepła;
2) bodźce elektryczne: prąd stały i przerywany, franklinizacya, arsonvalizacya, kąpiele elektryczne;
3) bodźce mechaniczne: mięsienie, leczenie za pomocą wtrząsań, ruchy bierne ręczne lub za pomocą maszyn, leżenie, pneumatoterapia;
4) bodźce chemiczne, działające bądź miejscowo w postaci leczenia rewulsywnego, bądź ogólnie na całą powierzchnię skóry, jak kąpiele mineralne, wreszcie—leczenie za pomocą wziewań;
5) bodźce biorące początek w woli (b. naturalne); tu należy gimnastyka czynna lub z oporem, leczenie niezborności według Frenkel'a, jakoteż nauka ruchów w porażeniach hysterycznych.

Stawiając na pierwszym planie nie rodzaj bodźców, lecz miejsce działania takowych, odróżniać będziemy w t e r a p i i o g ó l n e j 3 następujące grupy:

1) leczenie za pomocą bodźców wewnętrznych, obejmujące wszystkie sposoby wprowadzania leków do ustroju;
2) leczenie za pomocą bodźców zewnętrznych, należą tu pierwsze 4 grupy terapii fizykalnej;
3) leczenie dróg ruchowych za pomocą bodźców woli, identycze z grupą piątą terapii fizykalnej.

W leczeniu zewnętrznem wynik zależy: 1) od miejsca na które bodziec działa; 2) od napięcia i czasu trwania bodźca, wreszcie 3) od rodzaju bodźca.

Odczyn na bodźce uwarunkowany jest budową anatomiczną i czynnościami fizyologicznemi danego narządu; sam rodzaj bodźca wpływu nań nie wywiera; zachodzi on zawsze wskutek pierwotnego podrażnienia nerwów; wszystkie inne zmiany są to już zjawiska wtórne Czy ze zmianą rodzaju bodźca zmienia się jakość odczynu, tego na zasadzie prawa o swoistej energii nerwów przyjąć nie możemy.

Na tym właśnie momencie opiera się jedność rozmaitych gałęzi terapii fizykalnej i to nam tłomaczy owo tak często spostrzegane podobieństwo w działaniu różnych na pozór zabiegów. A więc: przekrwienie, jakie wskutek podrażnienia nerwów naczynioruchowych na miejscu działania bodźca występuje, spostrzegamy również dobrze po zmyciu zimną wodą, jak i po mięsieniu lub galwanizacyi; nerwobóle usuwają jednakowo zabiegi elektryczne, jak i mechaniczne lub wodolecznicze; przy stanach zapalnych identyczne wyniki otrzymujemy, stosując ciepło lub zimno i t. d.

Osiągnięcie pożądanego efektu zależy w znacznym stopniu od dozowania bodźców, a więc nie tylko od ich napięcia, lecz i od obszaru, na który bodziec działa, wreszcie od czasu trwania. Im

więcej gałązek nerwowych jednocześnie lub bezpośrednio po sobie ulega podrażnieniu, tem wogóle (caeteris paribus) większy będzie efekt; to samo się stosuje do podrażnienia dłużej trwającego.

W tym względzie powinniśmy się kierować prawem Pflüger-Arndt'a, zmodyfikowanem albo raczej zindywidualizowanem zgodnie z podanemi wyżej wskazówkami. Ponieważ raz mamy do czynienia ze wzmożoną, gdzie indziej natomiast ze zmniejszoną, pobudzalnością, winniśmy przeto w każdym pojedyńczym przypadku ściśle określić siłę mającego się zastosować bodźca, albowiem to co na jednego wywiera słabe działanie, dla drugiego może się okazać zbyt silnem i odwrotnie.

Stopień napięcia z jakiem rozmaite bodźce stosować się dają jest bardzo różny; bodźce termiczne np. mogą posiadać znaczne napięcie, natomiast mechaniczne, elektryczne lub chemiczne nader łatwo wywierają wpływ ujemny, jeżeli tylko przekroczymy pewną granicę. Niemałe też trudności nastręcza dozowanie różnych bodźców; najdokładniej daje się określić napięcie stałego prądu elektrycznego, pomaga nam tu galwanometr; w termoterapii również najczęściej jesteśmy w możności oznaczyć stopień bodźca. Zadanie to nierównie trudniej przedstawia się w stosuuku do bodźców mechanicznych, tudzież chemicznych. Wprawdzie możemy oznaczyć czas trwania mięsienia, wszakże niejesteśmy w możności określić ilości zużytej przy tem siły, a więc napięcia samego zabiegu; miarą będzie tu doświadczenie wykonywającego mięsienie lekarza. Ta to właśnie okoliczność, pomijając wiele innych względów, powinna przemawiać za tem, by, ilekroć mięsienie ma być zastosowane na chore narządy, wykonywał ie li tylko lekarz. Przy ruchach biernych jako też bodźcach mechanicznych za pomocą rozrzedzonego lub zgęszczonego powietrza, daleko łatwiej udaje się zmierzyć napięcie zabiegu; wręcz przeciwnie ma się rzecz z bodźcami chemicznymi, zwłaszcza z kąpielami mineralnemi; tu radzimy sobie w ten sposób, że zmieniamy stosownie do potrzeby ciepłotę tudzież czas trwania kąpieli, przyjmując jej działanie chemiczne za wielkość względnie stałą lubo nieznaną.

W terapii bodźcowej zewnętrznej odróżniamy zabiegi miejscowe i ogólne; do działania ogólnego, któremu towarzyszy rozległy odczyn ze strony układu nerwowego, tudzież daleko sięgający wpływ na krążenie, przemianę materyi i t. d. nadają się szczególnie bodźce termiczne, np. wodne lub powietrzne; w leczeniu miejscowem przeważne zastosowanie znajdują bodźce mechaniczne lub elektryczne; działanie ogólne posiadają one wtedy tylko, gdy np. mięsimy całe ciało lub stosujemy kąpiel elektryczną. Działanie par exellence miejscowe ujawniają środki rewulsywne.

W leczeniu fizykalnem, podobnie jak i w farmakoterapii, niektóre zabiegi posiadają szczególną własność wywoływania pewnych zmian, co oczywiście zależy od podrażnienia w pewnym stopniu pewnych włókien nerwowych; a więc np. bodźce termiczne zawsze wywierają swój wpływ na nerwy naczynioruchowe, — dalej ciepło, podnosząc temperaturę ciała, zwiększa wydzielanie potu, zi-

mno natomiast, obniżając ciepłotę tudzież pobudzając utlenianie, odpowiada nader ważnym wskazaniom przy leczeniu chorób gorączkowych. Mięsienie zarówno jak gimnastyka bierna obok działania na krążenie podrażnia w szczególny sposób nerwy czuciowe stawów i mięśni; inne bodźce mechaniczne, jak zastosowanie zgęszczonego lub rozrzedzonego powietrza, oddziaływują na oskrzela i płuca. Niektóre bodźce chemiczne, w postaci kąpieli mineralnych, sprowadzają działanie odczynowe przez podrażnienie nerwów czuciowych skóry. Bardzo często w terapii zewnętrznej kombinujemy rozmaite bodźce, np. w hydroterapii bodźce mechaniczne łączymy z termicznymi (wycieranie, natryski), — w klimatoterapii również obok podrażnienia termicznego działa i mechaniczne (ciepłota, wilgoć powietrza, ciśnienie, względnie — wiatry).

Kombinacyę: bodźców termicznych z chemicznymi spotykamy w kąpielach mineralnych i morskich, — termicznych z mechanicznymi w mięsieniu termicznem, kąpielach piaskowych, mułowych i borowinowych; w fango i borowinie, być może, działa poniekąd i bodziec chemiczny. Połączenie bodźców termicznych z elektrycznymi znajdujemy w kąpielach elektrycznych, — ze świetlnymi zaś w kąpielach elektrycznych świetlnych.

Nakoniec, wspólne działanie bodźców mechanicznych i chemicznych (zmiany ciśnienia, tudzież zwiększona zawartość tlenu) spotykamy w komorze pneumatycznej. Jest rzeczą niezmiernie ważną dla racyolnego stosowania leczenia fizykalnego zdanie sobie dokładnej sprawy, jaki udział posiadają oddzielne z wchodzących w daną kombinacyę bodźców.

Z liczby omówionych bodźców szczególne znaczenie posiadają bodźce elektryczne, zwłaszcza w postaci prądu stałego, działają bowiem w głąb, a lubo przy tem pewna rola przypada na działanie mechaniczne tudzież termiczne, to jednak zmiany powstające na drodze odruchowej są najważniejsze. Najmniejsze działanie wgłąb posiadają bodźce chemiczne, albowiem zdrowa skóra związków chemicznych nie wchłania (? Refer.).

Pozostaje jeszcze powiedzieć słów kilka o bodźcach w woli początek biorących. Za pomocą bodźców tych możemy podniecić nie tylko nerwy czuciowe mięśni i stawów, ale nawet podziałać na szlaki ruchowe, bądź hamując je, bądź pobudzając. Wszakże już Du-Bois-Reymond dowiódł, że przy wszelkich ćwiczeniach cielesnych odbywa się nie sama tylko gimnastyka mięśni, lecz przedewszystkiem ćwiczenie nerwów, zwłaszcza zaś ośrodkowego układu nerwowego. Wzmożona praca mięśniowa wywiera wpływ na krążenie i przemianę materyi nietylko w pracującym mięśniu, lecz i w całym ustroju. W gimnastyce czynnej odróżniamy proste ruchy czynne (należą tu niektóre sporty jak: pływanie, jazda na rowerze i t. d.) oraz ruchy z oporem. Tu bodziec woli kombinuje się z zewnętrznym bodźcem mechanicznym w ten sposób, że ruchowi czynnemu stawiamy mniej lub więcej energiczny opór, przez co wpływ tego zabiegu staje się daleko większy. Opór może stawić ręka ludzka lub odpowiednie przyrządy. W praktyce gimnastyka czynna i bierna

bez lub z oporem, mięsienie i ortopedya noszą nazwę mechanoteterapii. W zakres leczenia za pomocą bodźców woli wchodzi również metoda Frenkel'a, zdążająca do przywrócenia poczęści utraconej zdolności koordynowania ruchów, a to za pomocą określonych cwiczeń czynnych na odpowiednich przyrządach.

Inną postać tego samego leczenia stanowi gimnastyka suggestyonująca; metoda ta, znajdująca zastosowanie zwłaszcza w leczeniu histeryi, ma na celu za pomocą odpowiednich ćwiczeń w postaci leżącej, siedzącej lub stojącej przywrócić pojęcie o ruchu tudzież usunąć opór w szlakach ruchowych.

Wyniki leczenia fizykalnego nieraz usiłowano wytłómaczyć za pomocą suggestyi; lubo nie ulega wątpliwości, że moment psychiczny odegrywa pewną rolę w każdem leczeniu, nikt jednak nie dowiódł, że właśnie tu jest on dominujący.

Zeits. f. diätet- u physik. Therapie T. IV. Z. 7.

Fr. Grodecki.

P. F. Richter. **Co jeść i pić powinni chorzy na dnę.** Zadania leczenia dyetycznego przy powyższem cierpieniu polegają na dostarczeniu pożywienia w umiarkowanej ilości, z pominięciem składników wytwarzających kwas moczowy; pokarmy winny być łatwo strawne i jaknajmniej drażnić miąższ nerkowy.

Mięso, będące głównym pokarmem białkowym, było poprzednio zabraniane w tem cierpieniu, lecz obecnie, kiedy doszliśmy do przekonania, że ilość kwasu moczowego, wydalanego po spożyciu mięsa (pomijając gatunki, obfitujące w nukleinę — wątroba, śledziona, nerki, mózg, grasica), nie jest zbyt wielka, mniej jesteśmy względem mięsa surowi. Drugim czynnikiem niechęci przeciw pokarmom mięsnym przy dnie są istoty wyciągowe w mięsie, drażniąco działające na nerki i przy nadmiernem spożywaniu mięsa sprzyjające powstawaniu w kiszkach spraw rozkładowych. Mięso w umiarkowanej ilości może być dozwolone, t. j. w ilości nie większej nad 200 gr. dziennie (wyjątek stanowią osobniki słabe, z mało rozwiniętymi mięśniami i wyniszczonym ustrojem). Przy wyborze gatunku mięsa należy się kierować strawnością i zawartością związków wyciągowych: wybieramy więc chętnie białe mięso i mięso gotowane, surowo zabraniamy peklowiny i potraw silnie korzennych, np. kiełbasy i t. p.; natomiast zalecamy ryby, z wyjątkiem łososia.

Jaja, jako niezawierające nukleiny i nie wywierające wpływu na wydzielanie kwasu moczowego, są bezwarunkowo dozwolone; tak samo dozwolonem jest mleko z wyłączeniem kwaśnego mleka, kumysu i kefiru, których zakazują wskutek, niesłusznych być może, poglądów, jakoby sprzyjały zwiększonemu wytwarzaniu się kwasów. Nie ma zasady do usuwania serów z jadłospisu, wyłączając naturalnie gatunki ostre, drażniące nerki. Ze sztucznych przetworów białkowych najpożyteczniejsze są otrzymane z sernika — eukazyna i nutroza.

Wobec nowych badań i poglądów nie ma podstawy do wyłączania tłuszczów; tłuszcze nie wpływają na ilość kwasu moczowego, działają oszczędzająco na nerki i w umiarkowanej ilości są łatwo strawne. Przy dnie możemy śmiało podawać 100 gr. tłuszczu dziennie.

Również nie mamy powodu do ograniczenia wodanów węgla, które mają teżsame prawie zalety i wady, co tłuszcze. Należy pamiętać, że niekiedy wodany węgla znacznie obciążają drogi pokarmowe, wywołują sprawy fermentacyjne, event. powiększają istniejące, i sprzyjają niebezpiecznym przy dnie zaburzeniom trawienia. O ile więc nie będziemy się zbytnio sprzeciwiali podawaniu bułek, chleba, kartofli, o tyle wyłączymy zupełnie ciasta i słodycze, jako rzeczy zbyteczne. Z jarzyn zalecić można zieleniznę, unikać kapusty, kalafiorów i szparagów ze względu na ich działanie rozdymające i drażniące nerki. Obfite spożywanie owoców jest przy dnie nadzwyczaj dla chorych korzystne, chociaż specyalne kuracye cytrynowe, winogronowe, poziomkowe nie mają racyi bytu. Przy 100 gr tłuszczu wystarcza w zupełności 200 — 250 gr. wodanów węgla.

Wyskok jest przy dnie surowo wzbroniony, i lekarz nie powinien w tym względzie żadnych kompromisów z chorymi zawierać; wyjątki mogą być czynione przy ogólnem wyniszczeniu i osłabieniu czynności serca, gdy niezbędnem jest dostarczanie choremu podobnego bodźca, a także u alkoholików, kiedy nagłe usunięcie wyskoku wywołuje niepożądane objawy uboczne.

Kawa i herbata również są przecwiwskazane, lecz nie w tym stopniu, co wyskok; wzgląd na nerki każe ograniczyć ilość tych używek; przytem należy pamiętać, że w kawie i herbacie znajdują się pochodne puryny (kofeina, teobromina i t. p.) które zwiększają ilość kwasu moczowego. Za zasadniczy napój uważać należy wodę, resp. rozmaite rodzaje wód mineralnych. Największem wzięciem cieszą się wody alkaliczne, których pomyślne niewątpliwie działanie nie jest teoretycznie uzasadnione; do nich zaliczają się Selters, Apollinaris, Giesshühl, Bilin, Fachingen, Kronthal, Salzbrunn, Kaiser-Fridrichsquelle-Offenbach etc. Przy zapisywaniu kierujemy się indywidualnym smakiem oraz zasadą zmieniania źródła od czasu do czasu.

Główną zasadą dyetycznego leczenia dny jest ograniczenie jakościowe raczej, niż ilościowe; chorzy powinni prowadzić umiarkowany tryb życia i unikać nadużyć, lecz nigdy nie należy dążyć do niedokarmiania.

Die Krankenpflege. 1901. Październik. Z. Prechner.

W. Winternitz. **Przyczynek do hydroterapii wiądu rdzenia.** Wieloletnie doświadczenie autora oparte na przeszło 1000 spostrzeżeniach dowodzi, że w wiądzie rdzenia łagodne zabiegi wodolecznicze i mechaniczne stanowią najdzielniejszy lek; przeto ilekroć z niejakiem prawdopodobieństwem rozpoznaje schorzenie rdzenia

zaleca półkąpiele 24 — 18° R; jeżeli na pierwszym planie znajdują się bóle, szczególnie nadają się kąpiele o ciepłocie wyższej. W kąpieli nie należy ciała rozcierać, a tylko z lekka mięsić lub uciskać, polewać zaś z niewysoka. Przypuszczalne znaczenie tego sposobu leczenia opiera się, zdaniem Winternitz'a, na tem, że pod wpływem łagodnego podrażnienia nerwów naczynioruchowych zachodzą zmiany troficzne w narządzie centralnym. Jak wiadomo, zmiany w rdzeniu w początkowych okresach wiądu sprowadzają się przeważnie do niedokrwistości wskutek ucisku naczyń przez wysięk śródmiąższowy, napęcznienie neuroglii oraz bujanie tkanki łącznej. Bujanie tkanki łącznej, stłuszczenie i zanik są wynikiem stanu zapalnego przebiegającego wśród niedostatecznego krążenia, względnie wśród niedokrwistości tkanki zapaleniu uległej. Wobec tego postępowanie nasze powinno zdążać do przywrócenia normalnego krążenia, to zaś da się osiągnąć nie inaczej, jak przez trwałe wzmocnienie napięcia naczyń krwionośnych, które już samo sprowadza przyśpieszenie krążenia.

Ze znajomości zasad hydroterapii wynika, że w wiądzie rdzenia zadanie powyższe da się osiągnąć jedynie za pomocą zabiegów łagodnych, które tem bardziej są tu wskazane, że mamy do czynienia z układem nerwowym łatwo wyczerpującym się. Prócz tego wiemy, że przy cierpieniach rdzenia czynność serca najczęściej bywa przyspieszona tudzież osłabiona; stosując wodolecznictwo w łagodnej postaci, osiągamy wzmocnienie serca, a przez to i polepszenie krążenia w chorym rdzeniu.

Co do czasu trwania, to chłodniejsza półkąpiel nie powinna być dłuższą nad 3 minuty, cieplejsza 5-ciu niech nie przekracza. Jeżeli po upływie pewnego czasu zniknie dobroczynny wpływ półkąpieli, możemy choremu zabieg ten zalecić 2 razy dziennie: rano i wieczór. W okresie odczynowym prawie zawsze daje się spostrzegać subjektywne i objektywne polepszenie. Jeżeli, ze względu najczęściej na subjektywne uczucie zimna, nie możemy zastosować półkąpieli, uciekamy się wówczas do zabiegów miejscowych, które powinny być już nieco energiczniejsze; należą tu zimne kąpiele nożne, tudzież wąchlarzowaty natrysk nóg. Przeciwko bólom strzelającym polecamy kąpiele o zmiennej ciepłocie: z początku możliwie gorące potem zupełnie zimne. Przy kryzach stosujemy półkąpiele nieco cieplejsze.

Przez naszkicowane powyżej postępowanie W. w wielu przypadkach niewątpliwego wiądu rdzenia osiągał wstrzymanie się cierpienia na szereg całych lat, często zaś widział polepszenie. Połączenie hydroterapii z metodą Frenkel'a przedstawia znaczne wzbogacenie naszej terapii fizykalnej, przestrzega jednak Winternitz, by i tu unikać najmniejszego znużenia lub nadmiernego popodrażnienia, albowiem wyniki ujemne w licznych przypadkach zależą od tego, żeśmy, w doskonałych zresztą, środkach leczniczych nie znaleźli odpowiedniej miary.

Blätter f. klinische Hydrotherapii, Rocznik IX, № 9. Fr. Gr.

Stadelmann. **O leczeniu odtłuszczającem.** Autor przez rok cały stosował u jednej chorej na otyłość w znacznym posuniętą stopniu konsekwentne leczenie odtłuszczające i osięgnął 120 funtów ubytku na wadze; przy tym sposobie leczenia okazało się, że ubytek na wadze występował dopiero przy ograniczeniu pokarmôw do zawartości 1000 kal.: przy 1200 kal. waga się jescze podnosiła. Wobec tego pokarmy były dobierane tak, by dawały ustrojowi 1000 kal., z znacznem ograniczeniem tłuszczu i wodanów węgla, z obfitą natomiast zawartością białka; w pokarmach przeważały zielone jarzyny.

Przy sposobności S. omawia rozmaite rodzaje leczenia odtłuszczającego. Przy metodzie Harvey-Banting'a, polegającej na zupełnem wyłączeniu tłuszczów, zostają one jednak wprowadzane do ustroju wraz z mięsem. Metoda Ebsteina, dająca w połączeniu z dużym ruchem dobre wyniki przy średnich stopniach otyłości, zawodzi przy otyłości znacznie rozwiniętej. Autor uważa za najodpowiedniejsze nieznaczne zwiększenie ilości białka przy jednoczesnem zmniejszeniu ilości tłuszczów, tak, aby podawano 115—120 g. białka 40 gr. tłuszczu i 50 g. wodanów węgla, co razem wynosi 1000 — 1100 kal. Można tę metodę urozmaicić, jeśli zmniejszyć np. tłuszcze, zwiększyć zaś odpowiednio wodany węgla. Każde leczenie odtłuszczające polega na upośledzonem odżywianiu, jest więc ściśle indywidualne, i wytworzyć jakiś szablon, formułkę jest rzeczą niemożliwą.

Z innych metod leczniczych ważnemi są ruch i miesienie; stosowanie przetworów gruczołu tarczykowego uważa za niebezpieczne i w ogóle zbyteczne. Ograniczenie płynów w myśl metody Oertel'a wydaje się autorowi przy leczeniu odtłuszczającem nieodpowiedniem, zaleca je jednak przy anomaliach serca, zaburzeniach krążenia i t. p. Z wyjątkiem wyskoku wolno przyjmować wszelkie inne płyny w ilościach zwykłych. Jest zdecydowanym przeciwnikiem metody Schweninger'a.

Berlin. Klin. Wochenschr. 1901. № 25 .Z. P.

Albu. **W sprawie wartości pożywienia roślinnego.** Autor przeprowadził badania nad przemianą materyi przy pożywieniu roślinnem. Białko roślinne może nawet całkowicie zastąpić białko zwierzęce. Osob a badana przy zachowanej równowadze przemiany azotowej przyjmowała minimalną ilość białka, a mianowiecie 37.3 kal. na kilo, t. j. 1400 kal. na dobę. Zbytniemu rozpadowi białka zapobieżono przez stosunkowo znaczne podawanie tłuszczów w postaci orzechów. Jednakże pożywienie roślinne z różnych powodów, a przeważnie z powodu konieczności dużych ilości pokarmów, działa ujemnie. Może ono być podawane z powodzeniem w pewnych stanach chorobowych, szczególniej przy chorobach nerwowych czynnościowych, nerwobólach, neurastenii; należy zauważyć, że duże znaczenie mają w tych chorobach jednocześnie przepisy hygieniczne, zakaz potraw pobudzających, używek, a przedewszystkiem kawy i wyskoku. Na przemianę materyi w pożywieniu roślinnem

wpływają głównie sole mineralne. Prócz tego, pożywienie roślinne może znaleźć zastosowanie przy nerwowych zaburzeniach żołądka i kiszek, nadkwaśności, śluzowem zapaleniu jelit (colica mucosa s. membranacea) oraz nawykowem zaparciu; dalej, przy otyłości, podagrze, zarówno przy nerwicach serca, chorobach nerek i wielu chorobach skóry.

Przeciwwskazanem jest pożywienie roślinne przy wszystkich chorobach atonicznych kanału żołądkowo-kiszkowego, przy wszelkiej postaci upośledzonego odżywiania, przy osłabieniu serca i stanach osłabienia ogólnego.

Berlin. Klin. Wochenschr. 1901. № 24, 25. Z. P.

Fr. Giedroyć. **Akt dotyczący urządzeń hygienicznych w Wieliczce** Dokumenty historyczne wykazują, że w dawnej Polsce istniały urządzenia hygieny społecznej, jak bezpłatna pomoc lekarska (r. 1503), rozdawanie bezpłatne lekarstw chorym ubogim (r. 1579), kąpiele ludowe (r. 1450), kasy pożyczkowe dla ubogich (r. 1584), przytułki dla żebraków, domy pracy i t. p.

Pierwowzór urządzeń hygienicznych w przemyśle znajdujemy w wydanym w r. 1644 przez Władysława IV akcie, którym rozkazuje przy kopalniach w Wieliczce założyć dla robotników łaźnię, utrzymywać przy niej chirurga, i założyć kuchnię publiczną.

(Krytyka lek. 1902. I.)

Flerow. **Przyczynek do znajomości urazowych pęknięć serca.** Do szpitala przywieziono 40 letniego wieśniaka prawie bez tętna z charczącym oddechem; po kilku minutach nastąpił zgon. Z opowiadania ludzi, którzy chorego przynieśli, okazało się, że zmarły przypadkowo dostał się pod konia, przyczem przez silne uderzenie dyszlem w piersi został odrzucony nabok i stracił przytomność; po upływie 10 — do 15 minut chory był już w szpitalu. Oględziny pośmiertne wykonane nazajutrz wykazały co następuje: trup średniej wielkości i dobrej budowy; stężenie pośmiertne znaczne, skóra blada i prawie na całej powierzchni ma postać cutis anserinae; oględziny zewnętrzne nie wykazują ani zranień ani nawet podbiegnięć krwawych. Po otwarciu klatki piersiowej na mostku na wysokości 4 żebra widać niewielkie podbiegnięcie krwawe, tudzież złamanie 3 i 4 żeber z prawej strony, oraz 4 żebra z lewej na miejscu połączenia z mostkiem, wreszcie niezupełne złamanie 2 i 3 żeber na stronie prawej na linii pasznej prawej. Na tylnej powierzchni klatki piersiowej w okolicy złamanych żeber znajduje się krwawe podbiegnięcie wielkości dłoni; podskórze śródpiersia przedniego nieco obrzękłe, wynaczynień atoli brak. Worek osierdzia wypełnia chełboczący płyn; całość jego, jak i przedniego brzegu płuc, nie naruszona. Po otwarciu worka osierdzia okazało się, że zawierał on 9 uncyi po części ciekłej, po części skrzepłej krwi, która ze wszystkich stron uciskała mięsień sercowy. Jeszcze przed wy-

dobyciem serca z worka osierdzia można było stwierdzić pęknięcie przedniej ścianki prawego przedsionka w pobliżu i nieco na prawo od uszka. Wielkie naczynia sercowe zawierały ciemną, ciekłą krew, serce niepowiększzone, na jego powierzchni zewnętrznej widać obfite nawarstwienie tłuszczu. Lewa komórka nieco przerosła, na poprzecznych przekrojach ścianki widać żółtawe zabarwienie. Brzegi zastawki dwudzielnej zgrubiałe, chropowate. W komorze prawej znajduje się kilka skrzepów włóknika i tochę ciemnej, ciekłej krwi, w aorcie i tętnicy płucnej żadnych zmian. Szpara w lewym przedsionku mierzy 1.5 cm. długości i przebiega z góry na dół i nieco na zewnątrz, jest zaś tak obszerna, że łatwo przez nią do przedsionka wprowadzić palec. Ścianki przedsionka b. cienkie. Innych zmian brak. W płucach prócz przekrwienia zastoinowego i obrzęku nie wykryto żadnych zmian. W narządach jamy brzusznej znaleziono przekrwienie zastoinowe, tudzież tłuszczowe zwyrodnienie wątroby. Wreszcie—przekrwienie tudzież obrzęk miękkiej opony mózgowej, jakoteż miękkość i wilgotność mózgu, który przytem miał wygląd błyszczący, dopełniają obrazu nekroskopicznego.

Wnioski: Śmierć nastąpiła wskutek pęknięcia serca oraz wylewu krwi do worka osierdzia. Uwagi godną jest ta okoliczność, że pomimo niezwykle silne uderzenie nie nastąpiło pęknięcie płuca, opłucny lub osierdzia. Uraz był skierowany w okolicę prawego przedsionka, stanowiącego najsłabszą część serca. Z uwagi na rozległe uszkodzenia przedniej ścianki klatki piersiowej jest b. prawdopodobne, że serce ze wszech stron uległo znacznemu uciskowi. Nie ulega wątpliwości, że tłuszczowe zwyrodnienie serca w wysokim stopniu sprzyjało pęknięciu. W końcu opisany przypadek dowodzi, że płuca posiadają znaczną elastyczność.

Aerztl. Sachv. Ztg. 13. 1901. F. G.

T. Laffan. **Przypadek urazowego pęknięcia worka żółciowego, zapalenie otrzewny, operacya, wyzdrowienie.** Znaną jest rzeczą, że żółć, wylawszy się do jamy brzusznej, może tam przebywać całe dnie, nawet tygodnie, nie wywołując zapalenia otrzewny; oczywiście w przypadkach tego rodzaju żółć jest jałowa, albowiem ilekroć przyczynę pęknięcia worka żółciowego stanowiły kamienie, guzy lub inne jakiekolwiek zmiany, prawie zawsze zjawiały się zakażenie tudzież gwałtowne zapalenie otrzewny. Doświadczenia Schuppel'a i Bostron'a dowodzą, że niezmieniona żółć może w pewnym stopniu uledz w jamie otrzewny wessaniu.

Przypadek autora dotyczy 50 letniej kobiety, u której w skutek urazu nastąpiło pęknięcie worka żółciowego tudzież zapalenie otrzewny. W chwili przyjęcia chorej do szpitala stan jej był bardzo ciężki, śmierć zaś rychła zdawała się nieuniknioną; chora miała ciężką żółtaczkę oraz wszystkie objawy zapalenia otrzewny, wylew jednak był ograniczony, albowiem znaczny obrzęk istniał tylko wokolicy nadbrzusza i sąsiedniej. Podczas laparatomii w odu-

rzeniu chloroformowem z jamy brzusznej wylały się: żółć, ropa tudzież podobny do kału płyn. Po przemyciu jamy brzusznej założono sączek i ranę zeszyto; wyzdrowienie nastąpiło bez powikłań.

The Lancet. Podług ref. w Aerztl. Sachv. Ztg. № 13. 1901. F. G.

Jordan. **Powstawanie guzów, gruźlicy i innych cierpień pod wpływem działania tępego urazu.** Nic pozytywnego dotąd nie wiemy o roli urazu w powstawaniu nowotworów. Jesteśmy w tej sprawie skazani na wyłączne ograniczanie się do kazuistyki klinicznej. Statystyka stłuczeń (contusio) tylko w małym ułamku przypadków wykazuje nowotwór jako następstwo urazu. Szczególniej dotyczy to raków, których powstanie jedynie wyjątkowo można przypisać urazowi.

Już przy mięsakach gra uraz większą rolę, chociaż i tu zdarza się rzadko.

Z nowotworów niezłośliwych stłuczenie dużą gra rolę w powstawaniu guzów kostnych.

Aby wolno było wnioskować o związku urazu z guzem, należy stwierdzić, że: 1) stłuczenie było przez lekarza spostrzegane i dokładnie topograficznie oznaczone; 2) guz musi powstać w miejscu urazu; 3) okres rozwojowy guza musi odpowiadać okresowi czasu, który upłynął od chwili działania urazu.

Co do trzeciego punktu, pamiętać należy, że: raki rozwijają się niekiedy bardzo powoli; że: gruźlica po urazie rozwinąć się może w kilka (najpóźniej!) miesięcy; że zap. szpiku kostnego z powodu urazu powstać może niepóźniej, aniżeli po 14 dniach; że zap. wyrostka robaczkowego pourazowe występuje natychmiast po zadziałaniu stłuczenia.

(Münch. Med. W. 1901. 44).

Stempel. **Malum coxae senile jako choroba zawodowa.** Na 58 przypadków tego cierpienia 49 zdarzyło się u rolników. Ten właśnie zawód uspasabia do wymienionego cierpienia, ponieważ przy pracy na roli staw biodrowy od najwcześniejszych lat bywa nadwyrężany. Cierpienie występuje w 50 — 60 roku życia; często bywa obustronne.

(Ref. w Monat f. Unfall. u. Inv. 1901. XII.)

Towarzystwa Lekarskie.

Borzymowski i Kopczyński St. przedstawili chorego z porażeżeniem Brown-Sequard'a pochodzenia urazowego. Chory ugodzony został sztyletem w plecy na parę centymetrów w lewo od wyrostków ciernistych, na wysokości 6-go kręgu grzbietowego. Sztylet (długości 12 ctm.) udało się wyjąć dopiero po dokonaniu laminektomii częściowej, albowiem przez złamany łuk 6-go kręgu przeniknął on do kanału kręgowego. Badanie chorego w tydzień po urazie wykazało: wyraźny niedowład, zwłaszcza zginaczy uda i goleni, a także wszystkich mięśni stopy po stronie prawej; odru-

chów skórnych: brzusznego, z *m. cremaster*, z *epigastrium;* po stronie lewej na wysokości rany połowiczny pas analgezyi, hypestezyi i termohypestezyi, poniżej pas zwiększonej nieco pobudliwości na wymienione bodźce; począwszy od pierścienia miednicowego w dół zupełne zniesienie pobudliwości na ból, ciepło, zimno i częściowo na dotyk; lekka hypestezya istniała i na porażonej kończynie; utrudnione oddawanie moczu, zaparcie stolca.

Kępiński. przedstawił chorego z „*enophthalmus traumaticus*.“ Skaleczenie nastąpiło prz pracy drutem, który przebił dolną powiekę w kącie wewnętrznym i, nieuszkodziwszy ani gałki ocznej, ani ścian oczodołu, w bił się w tkankę łączną i tłuszczową, wypełniającą oczodół, na 5 ctm. głęboko. Bezpośrednio po zranieniu nastąpił silny krwotok, uciskiem zatamowany, poczem w jakiś czas rana prawidłowo się zagoiła. Przy badaniu mniej więcej $1^1/_2$ miesiąca po wypadku stwierdzono, że gałka oczna, co do wielkości i kształtu normalna, jest głębiej w oczodole osadzona, a ruchy jej we wszystkich kierunkach utrudzone, te zaś, które są zależne od mięśnia skośnego dolnego, zupełnie zniesione. Owo wklęśnięcie gałki ocznej K. stawia w zależność od zaniku tkanki tłuszczowej i łącznej, wyścielających wnętrze oczodołów, utrudnienie zaś ruchów od zrostu tych tkanek z pochewkami mięśni lub ich ścięgien. M. skośny dolny został prawdopodobnie przerwany lub ciężko uszkodzony.

(Tow. Lek. Warszawskie. 19. XI. 1901. „Gaz. Lek.“).

Z Warszawskfego Towarzystwa Hygienicznego.

Wydział hygieny ludowej (9 XI. 1901.) *Dr. Wł. Zawadzki*, mówiąc o szkodliwościach zawodowych w jubilerstwie, zwrócił uwagę przedewszystkiem na stół-warsztat przy którym siedzą pracujący. Stół taki zwykle jest bardzo nizki, a to dla tego, że warsztaty jubilerskie mieszczą się przeważnie na parterze, gdzie światło, z powodu zaciemniania przez sąsiednie kamienice, pada pod kątem bardzo ostrym i oświetla tylko najbliższą część pomieszczenia przy samym oknie. Do robót jubilerskich trzeba dużo światła i ponieważ przy stole takim mieści się po kilku pracujących, to, żeby światło wystarczyło dla wszystkich, stoły-warsztaty muszą być bardzo nizkie. Pozycya siedzących jest zgiętą, co pociąga rozmaite cierpienia z tem nienormalnem położeniem związane. Gdyby pracownie były na wyższych piętrach, stoły mogłyby być znacznie wyższe, bo światło padałoby więcej. Autor bardzo dobrze objaśnił to na rysunku. Następnie zwrócił uwagę ua lutowanie w ogniu, do czego zwykle używa się dmuchawek wkładanych w usta, przyczem pracownik trzyma twarz i oczy blizko płomienia. Tę niedogodność można by usunąć przez zaprowadzenie miechów do dmuchania, wprowadzanych w ruch nogami. Dalej zwraca uwagę na płyny rozmaite, yżywaue w jubilerstwie, które wytwarzają bardzo szkodliwe dla zdrowia gazy. To można by usunąć przez urządzenie odpowiedniej kapy chemicznej.

Dr. B. Gepner (jun.) w szkodliwościach w zegarmistrzowstwie, zwraca uwagę, że przy zajęciu tem przeważnie cierpią oczy, cho-

ciaż i inne organy z powodu siedzącego w zgiętej pozycyi pracownika cierpią bardzo. Wogóle w tych zawodach bardzo rozwinięta jest gruźlica płuc; po części można to objaśnić nienormalnem położeniem ciała, a po części tem, że do tych rzemiosł idą ludzie wogóle wątli, ponieważ to nie wymaga dużego wysiłku mięśniowego. Zajęcie zaś do reszty rujnuje wątły organizm.

Dr. Szymański w szkodliwościach w retuszeryi zwraca specyalnę uwagę na cierpienia oczu, jak również i na nienormalną pozycyę przy zajęciu. („Zdrowie“)

KRONIKA

11. 30.-lecie Tow. lekarskiego płockiego. Pierwszą myśl zawiązania. Tow. powziął zmarły przed paru laty dr. Marcin Ehrlich, znany następnie w szerokich kołach lekarz-praktyk. 31 stycznia 1882 r. odbyło się pierwsze zebranie organizacyjne według zatwierdzonej na szerokich zasadach ustawy, która i dotychczas obowiązuje. Na zebraniu tem prezesem Tow. obrany został wspomniany dr. Ehrlich, który godność przewodniczenia Tow. dzierżył przez cały szereg lat, aż do śmierci. Ze sprawodania za pierwszy rok istnienia instytucyj widzimy, że obejmowało ono daleko szersze koło lekarzy, niż obecnie, do Tow. należeli bowiem lekarze z całej gub. płockiej. Podczas gdy w tym pierwszym roku Tow. liczyło 47 członków, dzisiaj liczy ono zaledwie 18, wyłącznie prawie z pośród lekarzy, zamieszkałych w Płocku. Różnie się przez ten czas działó w historyi Tow. Przez lat 11, bo od roku 1880 do 1801, towarzystwo właściwie zawiesiło swe czynności, gdyż członkowie nie opłacali przez ten czas składek i nie odbywali zebrań. W r. 1892 pod wpływem znowu dr. Ehrlicha Tow. zostało wskrzeszonem i dotychczas istnieje. Działalność Tow. nie rozwinęła sie szerzej na gruncie społecznym, iecz nie można powiedzieć, aby było bez pożytku tak dla lekarzy, jako i dla ogółu. Na posiedzeniach miesięcznych koledzy komunikowali sobie wzajemnie wiadomości odnośnie ciekawszych spostrzeżeń, jakie w praktyce swej zauważyli, odnośnie stanu nauki w danym okresie, a wreszcie nieraz toczyły się ożywione pogadanki na temat spraw i zarządzeń społeczno-hygienicznych, tak dla miasta Płocka, jako i dla całej prowincyi.

W piątek zeszły t. j. 31 stycznia, a więc w sam dzień rocznicy zawiązania Tow., odbyło się zebranie członków. Przewodniczący w ostatniem trzechleciu dr. Perkahl, zagajając posiedzenie, zaznaczył rocznicę i powołał zebranych do uczczenia pamięci twórcy Tow. dr. Ehrlicha, jako i zmarłych członków założycieli. Następnie sekretarz Tow. dr. Chmieliński zdał sprawę z biegu życia instytucyi za minione trzechlecie, w którem zaznaczył pewne ożywienie działalności, wyrażające się w większej liczbie odczytów i referatów, wygłoszonych w tym czasie. Poczem dr. A Zalewski odczytał rozprawę p. t. „o zadaniach lekarskich towarzystw prowincyoalnych“, w której uzasadniał zadania te odnośnie nauki, życia społecznego i wzajemnego stosunku lekarzy do siebie.

(Echa płockie i Łomż № 398).

12. Wsprawie pensyi lekarskich umieścił „Kur. Codz“. (№ 25) następujące uwagi:

„Przejrzyjmy wszystkie stałe pensye lekarzy, a przekonamy się, że w wielu wypadkach nie przekraczają one skali pensyi woźnych w tych instytucyach, na których usługi są oddani owi lekarze, Co mówić o fabrycznych, kolejowych, szkolnych, skoro lekarze szpitalni, należący do personelu etatowego zasobnej i tak doniosłej dla społeczeństwa instytucyi, pobierają po paręset rubli rocznie!

Fatalne skutki takiego stanu rzeczy odczuwa dotkliwie publiczność. Przysłowie mówi, że jaka płaca, taka

pracą; nie dlatego wszakże praca ta jest złą, że lekarze lekceważą swe obowiązki, lecz dla tego, że, chcąc zwiększyć swoje dochody w pozycyach pensyi stałej, przyjmują za wiele zobowiązań. Częstokroć jeden jest lekarzem kilku fabryk; to znaczy, że jeden lekarz musi czuwać nad zdrowiem kilkuset rodzin, czyli kilku tysięcy osób. A ponieważ po za tem ma jeszcze praktykę prywatną, czasem zajęcia szpitalne i inne, więc trudno sobie wyobrazić, jak może podołać tym wszystkim obowiązkom. Znamy takie wypadki, że lekarz fabryczny przyjmuje dziennie w ciągu dwu godzin przeciętnie 60 chorych robotników lub członków ich rodzin. Tym sposobem na wysłuchanie każdego chorego wraz z napisaniem recepty przypada *dwie minuty*. Jest wszakże dość znaczny procent chorych, których zbadanie i niezbędna pomoc doraźna pochłania doktorowi 10—15 minut. Inni więc albo muszą odejść bez porady, albo też poddać się oględzinom *zdaleka*.

Tym sposobem praca najsumienniejszego nawet lekarza staje się w najlepszym razie jałową; a ileż to może się zdarzyć omyłek z pośpiechu! Chory, zbyty powierzchownemi oględzinami, nie doznawszy żadnej ulgi, zniechęca się i złorzeczy lekarzowi. Śród warstw pracujących, nieoświeconych, szerzy się skutkiem tego niewiara do lekarzy a natomiast zaufanie do znachorów i felczerów.

Przypuśćmy, że zdolny i bystry lekarz, ma dziennie tylko trzydziestu pacyentów fabrycznych (z kilku zakładów), to i w takim razie druga ich połowa wyjdzie znacznie gorzej, niż pierwsza. Lekarz znużony traci bystrość i skutkiem tego jest skłonny do omyłek w stawianiu dyagnozy.

Nielepiej się dzieje na kolejach żelaznych. Lekarz kolejowy dla rodzin wielu oficyalistów i robotników jest prawie mytem. Pobierając bowiem paręset rubli pensyi, traktuje te obowiązki jako dodatkowe i—o ile może—wyręcza się felczerami. Nawet średni urzędnicy mają uprzedzenie do swego lekarza i—zdaje się—nie bez racyi. Ktoś nam się skarżył, że go lekarz badał na szerokość swego biurka i dowiedziawszy się, że chory ma gorączkę i kłucie w piersiach, poprzestał na obejrzeniu języka, nie dotknąwszy nawet pulsu. O takich wypadkach słyszeliśmy już niejednokrotnie, a przekonanie o powierzchownem badaniu tak dalece rozpowszechniło się śród pracowników kolejowych, że kto tylko może stara się unikać swego lekarza i szuka porady za opłatą u postronnego.

Takie traktowanie chorych przez lekarzy pobierających stałą pensyę od różnych instytucyi, wynika w przeważnej liczbie—jak rzekliśmy—z nadmiaru pracy, a więc i z braku czasu. Oczywiście, bywają wypadki i kary godnej niesumienności.

Ażeby zapobiedz takim warunkom fatalnym i wielce szkodliwym dla ogółu, należy dać lekarzom utrzymanie, dostatecznie zabezpieczające ich byt. Reforma taka, niestety, nie da się przeprowadzić przez wyrobienie poczucia obywatelskiego, lecz tylko na drodze prawodawczej. Należałoby np. wprowadzić przepisy, któreby stanowczo wzbraniały lekarzowi obejmować kilka naraz zakładów przemysłowych i fabryk, przekraczających jego siły. Powinna być ustanowiona jakaś stała norma, określająca ściśle liczbę robotników, wraz z członkami ich rodzin, przypadającą na jednego lekarza. W stosunku do tej liczby powinna być ustanowiona płaca, dostatecznie zabezpieczająca byt lekarzowi. Tym sposobem, jeżeli zakłady są małe, można oddawać po parę jednemu lekarzowi, jeżeli zaś są zanadto duże, zatrudniające znaczną liczbę robotników, powinny mieć po dwu lub trzech lekarzy, stale i dobrze płatnych

Norma taka powinna być również ustanowiona i dla kolei żelaznych, na których wogóle personel lekarski jest zbyt mały, a płaca w znacznej większości licha.

Właściciele różnych zakładów przemysłowych i przedsiębiorstw komunikacyjnych powinni już chyba zrozumieć, że zdrowie pracowników, to potężny środek, wpływający na pomyślność przemysłu i handlu. Nie potrzeba więc szczędzić kosztów na podtrzymywanie sił i sprawności rzesz pracujących.“

Słuszności powyższym uwagom trudno zaprzeczyć.

W ocenianiu pracy ambulatoryjnej lekarza fabrycznego należy wszakże mieć na względzie następujące okoliczności: 1) Do ambulatoryum przychodzą przeważnie chronicy. 2) Z tego powodu badanie szczegółowe nie często musi być powtarzane. 3) Chorzy niepłacący

za poradę o wiele częściej się zgłaszają, aniżeli to czyni, przeciętnie, innych chory, choćby wydatek na lekarza nie był dlań uciążliwy. 4) Z tego samego powodu bardzo wielu miewamy w ambulatoryach niby-chorych, którzy wizytę u lekarza uważają za bardzo wygodny pozór do uwolnienia się na pół godzinki od roboty, do wypalenia papierosa, do pogawędki w poczekalni ze znajomym i t. p. 5) Lekarz fabryczny — po pewnym czasie—zna większość swej klienteli, więc na badanie mniej czasu może poświęcić.

Ale nawet przytoczone „okoliczności łagodzące" nie usprawiedliwiają braków wyliczonych przez autora przytoczonego artykułu.

Co się tyczy proponowanych przepisów prawodawczych, to samo ograniczenie liczby fabryk, które wolno obsługiwać jednemu lekarzowi, sprawnie rozwiąże. Wszak w okręgu przemysłowym piotrkowskim obowiązuje takie ograniczenie, a jednak lekarze fabryczni i tu otrzymują *bardzo* skromne wynagrodzenie.

13. **Pomoc lekarska gminna** z rozkazu władzy zostanie wprowadzona do gubernii lubelskiej na obszarze powiatu chełmskiego, zgodnie z wypracowanym przez komisyę projektem. Powiat chełmski został podzielony na pięć rewirów: chełmski, rejowiecki, świerżewski, cycowski i wojsławicki. Punkty centralne wyznaczono w Chełmie i wsiach: Rejowcu, Świerżach, Wojsławicach i Cycowie. W każdym z punktów będzie lecznica na 10 łóżek, z których 4 przeznacza się dla chorób zakaźnych. Obsługę punktów stanowią: 1 lekarz i 2 felczerów.

14. Felietonista „Kuryera Warszawskiego" umieszcza (w № 20) następujący list nadesłany mu „z jednego z miast prowincyonalnych":

„Były właściciel apteki, prowizor farmacyi, otworzył po sprzedaży interesu swego ambulatoryum lekarskie, na żądanie zaś jeździ z wizytami do chorych obłożnie. Nawet w wypadkach chirurgicznych, chorób ocznych i kobiecych „kolega" nie odmawia pomocy. Prostaczkowie uważają go za skończonego lekarza, a inteligencya okoliczna przyłączyła się częściowo do ich poglądów po powrocie p. prowizora z Moskwy, z dziesięciotygodniowych kursów bakteryologicznych. Czy zyski materyalne, czy zamiłowanie wiedzy, czy też miłość dla ludu naszego skłoniły pana prowizora do puszczenia się na fale praktyki lekarskiej, tego rozstrzygać nie mogę. Faktem jednak jest, że pan prowizor bierze za leczenie pieniądze i, jak fama głosi, zyski jego dochodzą do 1,000 rub. rocznie. Stan ten trwa lat 3 i ani moje, ani obecnego właściciela apteki, starania, aby uwolnić miasteczko i okolicę od nieproszonego dobroczyńcy, który sam fabrykuje lekarstwa, nie osiągnęły żadnego rezultatu. Działalność p. prowizora ma jeszcze tę złą stronę, iż wypędza z miasteczka i okolicy najbliższej lekarzy wykwalifikowanych; gdyż żaden z medyków nie zechce zgodzić się na walkę z ex-aptekarzem potężnym lub przyjąć tytułu jego protegowanego. A że działalność dyletanta, uchodzącego za powagę w najzawilszych przypadkach patologii ludzkiej, musi złe wydawać owoce, tego chyba tłomaczyć nie potrzebuję."

Niestety, jak zawsze, tak i tym razem **gołosłowne** oskarżenie ma wartość chyba tylko jako temat felietonu.

Rzecz charakterystyczna: w tym samym felietonie autor za złe poczytuje redakcyi „Przeglądu felczerskiego", że, opisując jakiś fakt z dziedziny partactwa lecznicze go „zataiła nawet nazwę miejscowości, z której list został wysłany".

To stosowanie dwu miar tak usprawiedliwia feljetonista: „... i Kuryer opisuje nieraz anomalie przeróżne bez podawania nazwisk i szczegółów geograficznych. Istotnie! Ale chodzi o to, w jakich sprawach dyskrecya taka jest usprawiedliwiona, a w jakich jest zgoła zbyteczną i nieuzasadnioną? Dzienniki muszą niekiedy mówić w ogólnikach, aby nie narazić się na proces o dyfamacyą, muszą oszczędzać nazwiska osób, gdy dowodu prawdy przeprowadzić niepodobna, ze względu na lękliwość, wstyd, interes osób pokrzywdzonych lub wskutek zręcznej maskarady samych winowajców; wreszcie, gdy zasługi człowieka, którego czyn poszczególny zasługuje na potępienie, dają mu prawo do pewnej delikatności ze strony krytyki dziennikarskiej. Ale znachor pospolity, wypędzający lekarza i doprowadzający rany pacyentki do takiego stanu, że życiu jej zagraża nie-

bezpieczeństwo, ani procesu o dyfamacyę nie wytoczy, ani na dyskusyę nie zasługuje, ani wreszcie, skoro chora oddana została do szpitala i wszelkie szczegóły sprawy są jawne, nie przeszkodzi dochodzeniu prawdy. Powtarzamy raz jeszcze, że wobec spustoszeń, wyrządzanych przez szarlatanów niebezpiecznych, pożądana jest większa energia i śmiałość ze strony prasy, stojącej na straży dobra publicznego".

Dla jakich „zasług" felietonista oszczędza ex-aptekarza, a obecnie fuszera-leczącego, trudno wyrozumieć z listu przezeń przytoczonego.

15. N o w y t y p p a r t a c z a. W № 4 „Głosu" w dziale ogłoszeń wydrukowano:

„Od Lublinian. Szanownemu P. Owidzkiemu hydropacie. Za niejednokrotne, a trafne leczenie różnych chorób, niniejszem wyrażamy: Serdeczne Bóg zapłać!" (następuje 11 podpisów).

Warto, by który z kolegów lubelskich wyjaśnił publicznie, kto zacz ten Owidzki, „trafnie leczący różne choroby" i jak często s z k o d z i on swym chorym.

16. Projekt rozszerzenia o r g a n i z a c y i p o m o c y l e k a r s k i e j w i e j s k i e j na całe Królestwo poważnie zagraża bytowi a p t e k p r o w i n c y o n a l n y c h.

W tej sprawie pisze p. Wyrzykowski z Brzeźnicy (w № 2 „Farmaceuty polskiego") co następuje:

„Projektowana organizacya z całą bezwzględnością pomija interes aptekarzy prowincyonalnych, a swoją tendencyą skazuje ich na zagładę."

„Ponieważ w budżecie projektowanej ustawy pogotowia figuruje pozycya 600 i wyżej rb. rocznie dla 1 okręgu na lekarstwa i 600 rb. na przybory aptekarskie, książki receptowe, sygnatury i inne, oraz 240 rb, dla felczera, który ma zastępować aptekarza (!) w przyrządzaniu leków, dalej wydatek na mieszkanie (światło, opał),—proponuję przeto starać się u władzy, by zaoznaczone powyżej pozycye nabywano leki w miejscowych lub najbliższych, aptekach, po z góry określonej cenie 20 kop. za każde pojedyńcze lekarstwo dla jednego chorego, nie krępując przytem lekarza w wyborze środków, z warunkiem, ża cena zaleczonego lekarstwa nie będzie przewyższać sumy 50 kop. według obecnie obowiązującej taksy

Praktyka życiowa wykazuje, że jeden lekarz w danym okręgu więcej niż 3000 porad lekarskich rocznie udzielić (nie zawsze wszak potrzebuje pomocy apteki) niemoże. Z powyższych danych wypada, że na opłacenie lekarstwa dla chorych w jednym okręgu, za ich przyrządzenie, przybory aptekarskie, mieszkanie apteczne, światło, opał i inne wydatki, licząc po 20 kop. dla jednego chorego, wystarczy zaledwie 600 rb. rocznie. Tym sposobem nowa instytucya zyskałaby podwójnie: 1) chory otrzymałby lek przyrządzony przez specyalistę za darmo (!), 2) nowe urządzenie większe wzbudziłoby do siebie zaufanie potrzebujących."

„Druga strona t. j. apteka, zrzekając się na dobro ogółu lwiej części zysków, ocali pozostałą cząstkę, która wraz z dochodem z odręcznej sprzedaży (ta niewątliwie powinna się zwiększyć) starczy na dostateczne utrzymanie."

Wtej samej sprawie podaje p. Moroz z Pomiechówka projekt następujący:

„Niewiem, o ile sfery decydujące mogłyby być skłonne do uwzględnienia interesów aptekarzy. Że jednak Szanowna Redakcya „Farmaceuty Polskiego" kwestyę tę poruszyła i zawezwała nas, aptekarzy wiejskich, do wyjaśnienia swoich poglądów, podaję tu projekt, który, nie obciążając strony finansowej tej instytucyi, pozwoliłby aptekom powetować w części wynikłe z wprowadzeniem jej straty.

W organizacyi dotychczasowej prócz głównych punktów, w których mieszka lekarz, jest w powiecie 2—3 inne, dokąd lekarz dojeźdża po 2 razy tygodniowo. W tych drugorzędnych punktach utrzymuje się mieszkanie zwykle puste, nieopalane, otwierane 2 razy tygodniowo na parę godzin przyjęć. Gdyby lekarz objazdowy przyjmował chorych w aptekach wiejskich, pogotowie zaoszczędziłoby wydatek na 2—3 lokale w każdym powiecie. Natomiast apteki zobowiązać do wydawania przepisanych przez lekarza objazdowego lekarstw, płatnych przez organizacyę na warunkach sprzedarzy odręcznej, bez taxa laborum."

17. J a k b y w a j ą p r z y g o t o w y w a n e l e k a r s t w a w a p t e k a c h dowiadujemy się, z przykrego zdziwienia uczuciem, z № 3 „Farmaceuty polskiego"

Pod nagłówkiem: „Jaskrawy przyczynek do omyłek w aptekach wielko-

miejskich" przytacza p. F. P. artykuł o aptekach pióra p. L. Klaczki z dziennika „Rossya"; z artykułu tego dowiadujemy się że w jednej aptece:

„Zostało niedawno wykryte nadużycie przy przygotowywaniu leków praktykowane, a nastąpiło to zupełnie przypadkowo przez ordynującego lekarza, który, przepisawszy mieszaninę salicylanu sodu z kodeiną, zauważył w niej brak zupełny tej ostatniej. W celu sprawdzenia, lekarz przepisał jeszcze parę podobnych mieszanin i w każdej z nich brak było środka silniej działającego. Jak się okazało „system" ten przygotowywania leków był stosowany w celu zyskania na czasie; w każdej aptece chinina, salicylan sodu i t. p. są odpowiednio zgóry przygotowywane przy zachowaniu często używanej dawki."

„Na podstawie długoletniej praktyki i znajomości strony zakulisowej aptek petersburskich, mogę twierdzić, iż przytoczony fakt bynajmniej nie jest wyjątkowym."

„Do południa praca w aptece idzie dość równomiernie, po południu jednakże nawał się zwiększa. Przynoszą z jakiejkolwiej instytucyi kilkadziesiąt recept, które muszą być szybko załatwione w myśl umowy zawartej z właścicielami aptek; rozpoczyna się gorączkowa „*fabrykacya*" lekartsw według metody uproszczonej, Jeszcze praca nie ukończona. a już bije godzina przyjęć lekarzy; napływ recept idzie crescendo, co pobudza do jeszcze większych „ułatwień" w przygotowywaniu leków."

„Całą uwagę aptekarzy petersurskich pochłania obecnie chęć i dążenie do zaimponowania „*estetycznym*" wyglądem swej ekspedycyi. Naklejanie różnorodnych etykiet i banderoli barwnych zajmuje drogi czas pracującemu, uszczuplając go na przygotowanie leku. „Proszę pośpieszyć, czekają..." odzywa się ciągle nad uchem pracującego, za to ani jednej uwagi o właściwem przygotowaniu leku, gdyż chodzi *tylko* o pośpiech„i wygląd „*estetyczny*" leku.

„*Nadużycia w aptekach* bynajmniej nie są tajemnicą, w większości wypadków są one jawnem następstwem nieubłaganej konieczności, istniejącego porządku rzeczy"

Bardzo to smutne, że zarówno autor artykułu (p. S. Klaczko,) jak i sprawozdawca p. F. P. uważają pracowników aptecznych za *zupełnie* usprawiedliwionych na tej zasadzie, że tylko taki „system" zadawalnia żądania właścicieli aptek.

Nam by się zdawało, że takiego współudziału w... „omyłkach" (jak to nadużycie pobłażliwy p. F. P. nazywa) niczem usprawiedliwić nie można.

Pomyślmy co się dziać musi w aptekach prowincyonalnych, jeśli je obsługują farmaceuci, którzy w aptekach wielkomiejskich nauczyli się patrzeć na będące w mowie „omyłki" jako na rzecz nie tak znów zdrożną!

18. W gronie członków Tow. lekarskiego płockiego powstała myśl urządzenia odczytów popularnych. Pierwszy taki odczyt odbędzie się w początku postu. Dr. A. Zaleski będzie mówił „O gruźlicy i zapobieganiu tej chorobie". Odczyt ten będzie objaśniony obrazami odpowiednimi.

19. Wodociągi w Łodzi. (p. „Czas." r. 1901. str. 117.) W magistracie łódzkim odbyło się d. 11 Stycznia posiedzenie w sprawie urządzenia wodociągów i kanalizacyi w mieście Łodzi. Oprócz członków komisyi specyalnej, na posiedzeniu byli obecni inżynierowie: Lindley i Gembarzewski.

Celem posiedzenia było omówienie kwestyi urządzenia biura, które przeprowadzi studya wstępne, na co z funduszów miejskich wyznaczono 15000 rb. Uchwalono, ażeby biuro to rozpoczęło działalność z d. 1 marca r. b. Kierownictwo studyów powierzone zostało inżynierowi Gembarzewskiemu, który do pomocy będzie miał inżyniera, dwóch geometrów i dwóch rysowników. Poszukiwania będą prowadzone według trzech waryantów: sprowadzania wody z Warty, z Pilicy, lub ze źródeł pobliskich.

20. Ministeryum spraw wewnętrznych poleciło zająć się urządzeniem wodociągów w Kaliszu magistratowi tamtejszemu. Magistrat ze swej strony wezwał do opracowania kosztorysu i planów przyszłych wodociągów firmę Grove z Berlina. Przedstawiciele powyższej firmy przebywają już w Kaliszu od paru tygodni, czyniąc odpowiednie poszukiwania geologiczne.

21. W № 11 pism łódzkich: „Rozwoju" i „Gońca Łódzkiego" znajdujemy następującej treści ogłoszenie:

„Zgodnie z wyrokiem sądu honorowego z dnia 12 stycznia r. b. w

sprawie mojej z dr. Ryszardem Skibińskim, podaję do publicznej, wiadomości że rozgłaszane przezemnie, a zakomunikowane mi przez pewną pacyentkę ze sfery robotniczej wiadomości o dr. Skibińskim, uwłaczające jego honorowi. okazały się nie mającemi najmniejszego uzasadnienia, a nawet z gruntu fałszywemi, wskutek tego niniejszem uroczyście odwołuję wszystko, co w tej sprawie o d-rze Skibińskim wypowiedziałem. (podp.) Dr. Józef Michalski".

Rozprawa honorowa między kolegami Michalskim i Skibińskim odbyła się z takiego powodu: niejaka Stanisława Werowiczowa opowiadała różnym osobom, między niemi i koledze Michalskiemu. u którego się leczyła, że kol. Skibiński pobrał od W. korale na zastaw za honoraryum lekarskie.

Wprowadzony w błąd przez W. kol. Michalski zasłyszaną wieść powtórzył.

Dochodzenie sądu honorowego wykazało kłamliwość słów Werowiczowej.

Krytyka i bibliografia.

Dr. Teodor Dunin. **Zasady leczenia neurastenii i histeryi.** (Odcz. Klin. №. 152 i 153).

Lekarz praktyczny w żadnym może wypadku nie odczuwa tak dotkliwie braku związku między poglądami naukowymi, a postępowaniem leczniczem, jak przy leczeniu histeryków i neurasteników, które stanowi temat pracy dr. Dunina. Niemożemy tutaj jej streszczać i ograniczymy się do wyłożenia wytycznych jej punktów.

Autor zapatruje się na neurastenią, jako na p s y c h o z ę, której dominujące objawy stanowią: skłonność chorych do ciągłej analizy swego stanu, oraz osłabienie woli. Te cechy psychiczne neurasteników są według niego przejawem idei przymusowych, które (w odróżnieniu od idei przymusowych histerycznych) tkwią nieustannie w świadomości chorego. Przeciwnie zaś, idee przymusowe histeryków znajdują się zwykle poniżej progu świadomości i nie są znane ani choremu, przez nie opanowanemu, ani też lekarzowi. Idee te stanowią istotną treść tych chorób, a więc np. niestrawność nerwowa lub astma nerwowa mają być w swej istocie jedynie wynikiem obawy niestrawności lub obawy ataku astmatycznego.

Takie poglądy na patogenezę obu nerwic zawierają już w sobie zasady racyonalnego ich leczenia, którego trzyma się autor. Zgodnnie ze swym poglądem na umysłowość neurasteników główne zadanie leczenia ich polega dla niego na odwróceniu uwagi chorych od ich osoby i trapiących ich dolegliwości, oraz na wzmocnieniu ich woli. Najdzielniejszy środek do osiągnięcia tego celu ma stanowić *praca*, głównie praca zawodowa, zarobkowa, a w daleko mniejszym stopniu praca w zakładach, urządzonych według znanej modły Möbius'a, ureczywistnionej poczęści przez Grohman'a.

Daleko rzadziej wskazanem jest zastosowanie innych środków np. kuracyi Weir Mitchell'a w przypadkach rzeczywistego, a nie urojonego, osłabienia lub też zalecenie absolutnego odpoczynku neurastenikom, których choroba powstała wskutek rzeczywistego przepracowania się.

W histeryi, przy której podstawowe idee przymusowe znajdują się poniżej progu świadomości, również jedynie racyonalnem jest leczenie psychiczne. Jako główną metodę leczniczą podaje autor hypnotyzm. W stanie hypnozy wychodzą na jaw ukryte idee i w tym też stanie łatwiej zostają one odsugnestyonowane, a wraz z ich zanikiem znikają też wywołane przez nie objawy histeryczne. Częstokroć jednak wyleczenie jest możliwe i bez znajomości owych utajonych idei, jedynie drogą nakazu na jawie lub we śnie hypnotycznym, skierowanego bezpośrednio przeciwko objawom chorobowym.

Ten nagi szkielet pracy d-ra Dunina daje nam wyobrażenie o konsekwencyi, z jaką zalecane środki lecznicze wypływają z poglądów autora na patogenezę obu nerwic. Wybierając dla wyłożenie swych poglądów formę odczytu klinicznego, która bardziej niż uczona monografia nadaje się do uwydatnienia osobistych zapatrywań autora, zwraca się dr. Dunin nie do grona specyalistów, ale do szerokiego ogółu lekarzy-praktyków, dla których teorye naukowe mają wartość przeważnie o tyle tylko, o ile służą im do uświadomienia sobie codziennej praktyki leczniczej. Praca d-ra Dunina odpowiada wszystkim wymaganiom, jakie stawiamy wykładom klinicznym: temat interesujący i posiadający doniosłe znaczenie praktyczne, przystępne i zajmujące opracowanie tematu, poprawny (a w danym razie wytworny) język — oto te wymagania, którym w zupełności zadość czyni omawiany odczyt kliniczny.

Z natury rzeczy pobieżnie tylko zostały w nim poruszone kwestye, mające znaczenie czysto teorytyczne, jak np. wpływ dziedziczności na powstawanie neurastenii lub teorya, wyjaśniająca neurastenię stałem wyczerpaniem elementów mózgu. Rzeczywistą natomiast wadę tej pracy stanowi zbyt ogólnikowe i jednostronne traktowanie zarówno patogenezy, jak i leczenia obu opisywanych postaci chorobowych.

A. Tumpowski (Irkuck).

Komitet redakcyjny:
L. Fankanowski, B. Handelsman, Ks. Jasiński, K. Jonscher, H. Kohn, J. Koliński. A. Krusche, J. Maybaum, J. Michalski, I. Perlis, A. Rząd, S. Serkowski E. Sonnenberg.

Wydawca: Dr. Cz. Stankiewicz. **Redaktor:** Dr. S. Sterling

Дозволено Цензурою г. Лодзь 30 Января 1902 г.

Druk. i Lit. R. Resiger, Łódź.